WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II GRUDZIEŃ 1928 ZESZYT XII

ROK II WARSZAWA 1928 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Z oddziału ginekologicznego Szpitala Kasy Chorych m. Warszawy.
(Kierownik Dr. Z. Jaźwiński).

Znieczulenie miejscowe w małych zabiegach operacyjnych na macicy.

PODAŁ

DR A. CEYTLIN.

Ze wszystkich istniejących sposobów znieczulenia miejscowego w ginekologji żaden nie daje całkowitego i absolutnego znieczulenia, wobec czego łączymy znieczulenie miejscowe z uśpieniem ogólnem, lub z przygotowaniem chorej przez podawanie przed zabiegiem preparatów zmniejszających uczucie bólu. Nie ulega wątpliwości, że znieczulenie miejscowe ma pewne zalety w porównaniu z uśpieniem ogólnem, pomijając już te przypadki, w których uśpienie ogólne zasadniczo jest przeciwwskazane. Często spotykamy się z twierdzeniem, że znieczulenie w małych zabiegach pochwowych jest wogóle zbyteczne, gdyż zabiegi te są przeważnie nie bolesne. Rzeczywiście, pewne części narządu rodnego są tak skąpo uposażone w włókna nerwowo-czuciowe, że niektóre zabiegi pochwowe—jak operacje na śluzówce pochwy, operacje przetok, rozcięcia i odcięcia części pochwowej — mogą być wykonane bez żadnego znieczulenia. Jednakowoż rozszerzenie kanału szyi i skrobanie śluzówki macicy, jak wiadomo, wywołuje uczucie ostrego i silnego bólu, który powstaje wskutek skurczów mięśniowych, gdyż skurcze tych mięśni, jak stwierdzono, są bardzo bolesne (bóle porodowe), wobec czego znieczulenie miejscowe, czy to ogólne, jest często niezbędne w takich przypadkach.

Sądząc z piśmiennictwa polskiego znieczulenie miejscowe w małych zabiegach na macicy stosowane jest rzadko mimo niezaprzeczone zalety, które posiada.

W moim krótkim referacie postaram się je uwypuklić należycie.

Przedewszystkiem chore zazwyczaj lękają się bardzo uśpienia ogólnego i wielokrotnie przed poddaniem się zabiegowi na macicy proszą o znieczulenie miejscowe. Z tem życzeniem pacjentek musimy się liczyć poważnie. Pozatem musimy się zgo-

dzić z tem, że ogólne samopoczucie chorych po znieczuleniu miejscowem jest znacznie lepsze niż po uśpieniu ogólnem, nawet powierzchownem i krótkiem. Stosowanie znieczulenia miejscowego w zabiegach na macicy oprócz zwykłych zalet miejscowego znieczulenia może mieć jeszcze inną cenną cechę dodatnią. Mianowicie powoduje ono wybitne zmniejszenie krwawienia z macicy wskutek ucisku na tkankę i skurczu naczyń krwionośnych dzięki obecności adrenaliny w środku znieczulającym. Dalej, wiemy z badań *Holste'go*, że macica wykazuje wybitnie występującą samorządność w swej czynności, która ujawnia się we wzmożeniu kurczliwości mięśnia i reagowania na wszelkie bodźce drażniące—po przerwaniu przewodnictwa nerwowego macicy z układem ośrodkowym.

Takie właśnie warunki osiągamy metodą znieczulenia, o której mówić zamierzam.

Pierwszego rozszerzenia kanału szyi macicy w znieczuleniu miejscowem dokonał *Heurich*. Autor ten wstrzykiwał bezpośrednio do miąższu szyi 1% rozczynu Eucainy. Następnie inni autorowie wstrzykiwali przed skrobaniem eukainę lub nowokainę w większych ilościach (do 60,0 $^1/_2$% rozczynu) również do miąższu szyi.

Zasadniczo znieczulenie miejscowe w małych zabiegach na macicy stosowane jest od dłuższego czasu z bardzo dobrymi wynikami. W klinice *Küstner'a* jeszcze 15 lat temu stosowano tę metodę szczególnie w przerwaniach ciąży.

Od maja 1926 r. stosujemy na oddziale ginekologicznym Szpitala Kasy Chorych we wszystkich mniejszych zabiegach operacyjnych na macicy znieczulenie miejscowe sposobem podanym przez *Gellert'a*. Za przeciwwskazane do znieczulenia uważamy przypadki zgóry niepewne pod względem jałowości pola operacyjnego (np. residua p. abortum, susp. ca uteri); pozatem przypadki, w których stwierdzamy stan zapalny przymacicza lub przydatków, o ile naturalnie już samo to schorzenie nie daje przeciwskazania do dokonania zabiegu operacyjnego.

Technika znieczulenia jest następująca. Po zwykłem odkażeniu pola operacyjnego należy część pochwową kulociągiem pociągnąć ku dołowi i na bok, a wziernik dolny w stronę przeciwną w ten sposób, by uwidocznione zostało i nieco napięte boczne sklepienie. Wówczas tuż przy szyi, w miejscu gdzie śluzówka pochwy przechodzi na boczne sklepienie, wkłówamy pod śluzówkę niezbyt cienką, dłuższą igłę na głębokości 1—2 ctm., kierując koniec igły nieco ku tyłowi. Płyn do znieczulenia wstrzykujemy powoli, nie zmieniając położenia igły.

Podczas wprowadzenia płynu musimy zwracać uwagę na następujące szczegóły w celu osiągnięcia zamierzonego znieczulenia i uniknięcia niepożądanych powikłań. Przedewszystkiem przed wprowadzeniem płynu musimy się przekonać, czy koniec igły nie znajduje się w naczyniu. W tym celu pociągamy tłoczek strzykawki nieco wstecz lub wkłówamy igłę bez strzykawki. Nakłócie tętnicy macicznej jest b. mało prawdopodobne, o ile powyżej podana technika wstrzykiwania jest ściśle przestrzegana. W razie dostania się środka znieczulającego wprost do krwi mogą wystąpić drgawki, potem ogólna senność. Objaw ten jednak jest przejściowy i występuje b. rzadko, co się tłomaczy niewielką ilością wprowadzonej do krwi nowocainy (0,2 ctm, podczas gdy maksymalna dawka tego środka dochodzi do 1,2 cm.). Nie mieliśmy zresztą ani jednego podobnego powikłania. Wobec tego, że w omawianym sposobie znieczulenia płyn ma się dostać do luźnej tkanki przymacicznej, nie powinniśmy podczas wstrzykiwania odczuwać żadnego oporu, czyli tłoczek szprycy winien posuwać się z łatwością. Po wstrzyknięciu należy czekać nie mniej niż 5 minut.

Do znieczulenia używamy 1% rozczynu Allocainy wyrobu Lumière'a, wstrzykując po 10 cm. tego rozczynu w oba boczne sklepienia. Ampułki takie z dodatkiem adrenaliny są gotowe do nabycia i Allocaina okazała się b. dobrym i niezawodnym środkiem do znieczulenia miejscowego.

Tu pozwolę sobie przytoczyć kilka uwag dotyczących unerwienia macicy, aby uwidocznić sposób działania środka znieczulającego. Układ nerwowy zaopatrujący narządy rodne jest b. zawiły z powodu licznych rozgałęzień i połączeń z ośrodkami b. daleko od tych narządów położonemi. Głównym punktem wyjścia dla całego splotu nerwu współczulnego jest zwój trzewny (Ganglion coeliacum). Wychodzące ztąd włókna nerwowe tworzą potężny splot (Plexus coeliacus), który w dolnej swej części,

przed wzgórkiem kości krzyżowej, po dołączeniu się do niego kilku zwojów—ganglion mesentericum superius renale, ovaricum (genitale) i mesentericum inferius — nosi nazwę Plexus uterinus magnus. W pobliżu tylnej powierzchni odbytnicy splot ten dzieli się na dwie części. Plexus hypogastrici (sploty podbrzuszne), które kierują się do przewodu maciczno-pochwowego. Do splotów tych dołączają się nerwy ze splotu krzyżowego—Plexus sacralis (I IV). Część splotu podbrzusznego idzie wzdłuż więzadła krzyżowo-macicznego ku macicy pod nazwą splotu Frankenhausera, który składa się z dużej ilości komórek zwojowych. SplotFrankenhauser'a posiada właściwości różnorodne i złożone, które jednakowoż nie mogą być dokładniej określone, gdyż splot ten technicznie nie daje się wyseparować. Otacza on z obu bocznych stron całą powierzchnię macicy, szyi i górną część pochwy. Według *Dahla* włókna nerwowe z tego splotu dają się prześledzić aż do śluzówki macicy i szczególnie obfite są w sąsiedztwie naczyń.

Większy węzeł pochodzący z plotu Frankenhausera — Ganglion cerbicale leży bliżej szyi macicy na wysokości ujścia wewnętrznego, poniżej i nieco ku tyłowi od miejsca skrzyżowania moczowodu z tętnicą maciczną. Zwój ten wysyła liczne gałązki ku pęcherzowi, macicy i górnej trzeciej części pochwy.

Wprowadzając płyn do znieczulenia w sposób wyżej podany przerywamy połączenia rozgałęzień nerwowych odchodzących od wspomnianych splotów ku macicy i w ten sposób osiągamy znieczulenie na przestrzeni całego splotu Frankenhäuser'a. Jest to specjalna postać znieczulenia miejscowego, którą należy określić jako znieczulenie przymaciczno splotowe. Z jednej strony jest to znieczulenie naciekowe, gdyż znieczula tkankę w miejscu wstrzyknięcia; z drugiej zaś strony jest to znieczulenie splotowe, gdyż blokujemy w ten sposób połączenia nerwów prowadzących od splotu Frankenhäuser'a do macicy. Naogół powyższy sposób znieczulenia spotyka się z uznaniem wielu autorów. Szczególnie podkreślane jest (*Heyn*) zupełne bezpieczeństwo i całkowite znieczulenie, które dają się osiągnąć powyższą metodą. *Gellert* podał dużą liczbę przypadków. *Hadra*—205 z dobrymi wynikami i bez powikłań. Cały szereg poważnych autorów, jak *Thaler, Haselhorst, Moser, Doderlein, Giesecke, Labhardt, Almann* odzywają się pochlebnie i stosują powyższe znieczulenie w małych zabiegach na macicy. Wraz z *Walther'em i Heinemann'em* z całym naciskiem należy jednakowoż podkreślić, że wszyscy autorowie stanowczo występują przeciw wykonywaniu podobnych zabiegów (chodzi tu przeważnie o skrobanie jamy macicy) ambulatoryjnie, jak to podał *Gellert*.

Na 205 znieczuleń dokonanych na oddziale ginekologicznym Szpitala Kasy Chorych, w tem — 194 skrobań, 5 — operacji plastycznych szyi wraz z skrobaniem i 6— Hysterotomia vaginalis m. Dührssen — nie mieliśmy żadnych powikłań, związanych z powyższą metodą znieczulenia.

Jeden przypadek pęknięcia szyi (0,5%) który nam się zdarzył podczas rozszerzania, nie stoi zdaniem naszem w związku z metodą znieczulenia.

Była to chora przyjęta do szpitala w celu przerwania ciąży 2 miesięcznej z powodu b. ciężkiego stanu ogólnego z rozpoznaniem: *Morbus Banthi, Vitium cordis c. decompensatione, Emphysema pulmonum*. Podczas rozszerzenia stwierdziliśmy wybitną twardość i niepodatność szyi; pęknięcie nastąpiło niepostrzeżenie pomimo ostrożnego rozszerzenia tylko do N 10 Hegar'a. Po opróżnieniu macicy, które odbyło się bez jakichkolwiek powikłań, chora nie krwawiła i czuła się dobrze. Lecz po godzinie wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Natychmiast dokonane cięcie brzuszne wykazało bardzo duże wylewy krwawe w obu przymacicznach i pęknięcie szyi w okolicy ujścia wewnętrznego. Pomimo szybko dokonanej operacji (extirpatio uteri) chora po godzinie zmarła, prawdopodobnie wskutek zmniejszonej odporności ustroju, spowodowanej ciężkim stanem ogólnym przedoperacyjnym.

Naogół musimy podkreślić następujące zalety powyższej metody znieczulenia:

1. Przedewszystkiem chcielibyśmy zaznaczyć, że opisana metoda ma pewne zalety przed innemi, polegającemi na wprowadzeniu płynu do miąższu szyi, ponieważ w tym wypadku musimy wkłuwać igłę kilkakrotnie; pozatem przez wprowadzenie pewnej ilości płynu do miąższu szyi zmienia się elastyczność jej tkanki, co podczas rozszerzania łatwiej może się przyczynić do pęknięcia szyi; dalej, włókna mięśniowe szyi po wprowadzeniu płynu znieczulającego tracą swą zdolność kurczenia się, co spowodować może większe krwawienie; wreszcie znieczulenie czysto naciekowe nie będzie tak skuteczne, bowiem odcinek szyi leżący poza miejscem, gdzie wprowadzony został płyn, jak również trzon macicy, nie zostają znieczulone.

2. Powyżej opisaną metodą osiągamy w większości przypadków zupełne zniec zu

lenie z zachowaniem nietylko normalnej, ale nawet wzmożonej kurczliwosci mięśni macicy.

3. Stwierdziliśmy, że rozszerzenie kanału szyi jest znacznie ułatwione wskutek braku bólów i częściowego zwiotczenia mięśni szyi; zawsze czujemy jednakowoż opór ujścia wewnętrznego macicy. Na ten objaw kładziemy szczególny nacisk, jako na objaw dodatni, gdyż całkowite zwiotczenie szyi w tych przypadkach, kiedy — jak to podał *Gellert*, rozszerzenie odbywa się „bez najmniejszego oporu“ — łatwiej może przyczynić się do p r z e o c z e n i a pęknięcia szyi podczas rozszerzania.

4. Krwawienie z macicy przeważnie jest wydatnie zmniejszone, co wielokrotnie stwierdziliśmy podczas operacji dokonywanych w celu przerwania ciąży ze wskazań lekarskich (Excochleatio, Hysterotomia vagin. ant. m. Dührssen).

5. Podczas skrobania macica zwykle kurczy się b. dobrze, co w znacznym stopniu ułatwia szybkie wykonanie zabiegu i zmniejsza możliwość przebicia macicy łyżeczką.

6. Sama technika znieczulenia jest prosta i bezpieczna.

Metoda powyższa posiada nadto wielką zaletę oszczędzania chorym bólu podczas zabiegu, nie narażając je na żadne niebezpieczeństwo i z tego również powodu powinna znaleźć jaknajczęstsze zastosowanie w praktyce codziennej.

PIŚMIENNICTWO.

1. D ö d e r l e i n. Operative Gynäkologie. 2. F l e c h t e n m a c h e r. Zentrabl. f. Gyn. Nr. 44. 1926 r. 3. G e l l e r t. Zentrabl. f. Gyn. Nr. 17. 1926 r. 4. H a l b a n - S e i t z. Physiol. u. Pathol. d. Weibes B. I, II. 5. H a d r a. Zentrabl' f. Gyn. Nr. 37. 1927 r. 6. H e r n e m a n n. Zentrabl. f. Gyn. Nr. 27. 1926 r. 7. M o r e z. Zertrabl. f. Gyn. Nr. 11. 1924 r. 8. S i e g e r t. Archiv. f. Gyn. 1925. B. 123. 9. W a l t h e r. Zentrabl. f. Gyn. Nr. 10. 1927 r.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O opukiwaniu lewego przedsionka serca. L. Katsilabros. *Paris Médical. Nr. 36, r. 1928.*

Na wstępie autor zastrzega się, że z chwilą wprowadzenia do kliniki promieni Roentgena opukiwanie lewego przedsionka straciło na znaczeniu, niewątpliwie jednak i teraz może badanie to oddać poważne usługi. Badanie to zapoczątkował w klinice *Germe* a następnie *Polin, Vaquez, Barié* i inni. Polega ono na opukiwaniu okolicy między kątem łopatki a kręgosłupem po stronie lewei, w pozycji siedzącej chorego, przyczem ważne jest, by chory miał ręce złożone na przodzie i całkowicie zwolnił wszelkie napięcie mięśniowe. W tych warunkach stwierdzić można stłumienie w opisanej okolicy, jeżeli przedsionek lewy jest powiększony, w szczególności zaś w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego. Autor przekonał się, że przy niewielkiem powiększeniu przedsionka lewego, stłumienia tego nie można wykazać i pojawia się ono dopiero przy dalej idącem zwężeniu. W tych przypadkach nieraz stwierdzić można objaw opisany przed *Vaquez'a*, polegający na występowaniu bólu napadowego lub stałego w okolicy między łopatką a kręgosłupem, który to ból pojawia się w pierwszym okresie napięcia ścian przedsionka lewego a znika z chwilą, gdy przedsionek osłabnie i ulegnie znacznemu rozszerzeniu. Autor przekonał się, że w niektórych przypadkach powyżej opisany ból wywołać może odruchowe, silniejsze napięcie mięśni grzbietowych wymienionej okolicy i tą drogą przyczynia się do bardziej intensywnego wystąpienia stłumienia. Naogół stłumienie to nie posiada owalnego kształtu, jak to opisywano, ale jest raczej półksiężycowej postaci i leży na kręgosłupie. Celem łatwiejszego wykrycia powyższego stłumienia autor radzi opukiwać w pozycji leżącej chorego. Chorego należy ułożyć na wznak, na brzegu łóżka, w ten sposób aby lewa połowa klatki piersiowej była poza łóżkiem. Rozmiary stłumienia wynoszą 6 do 7-miu cm. wysokości i 2 do 3 cm szerokości. Stłumienie to nie jest wywołane przez powiększone gruczoły wnęki, gdyż te dają stłumienie obustronne i nie zmieniają się w zależności od położenia chorego. Powiększenie lewej komory serca daje wprawdzie stłumienie z tyłu klatki piersiowej, ale u podstawy serca. Jak wspomniano objaw powyższy występuje przedewszystkiem przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, w niektórych przypadkach autor stwierdził go także w niedomykalności zastawki dwudzielnej. Należy stosować opukiwanie mocne.

Badanie na zwłokach wykazało, że w położeniu leżącem na wznak, odległość serca od klatki piersiowej z tyłu zmniejsza się i że okolica między kątem łopatki a kręgosłupem odpowiada co do wysokości przedsionkowi serca.

Hyperglikemja stała u chorych na cukrzycę bez cukromoczu. M. Garnier i P. Chêne. *Paris Médical. Nr. 41, r. 1928.*

Dawniej rozpoznanie cukrzycy opierało się na badaniu moczu, dziś badanie krwi na zawartość cukru jest tak powszechne, że niemal nie potrafilibyśmy się obyć bez niego. Autorowie podają cztery historje choroby chorych na cukrzycę, którzy dzięki odpowiedniemu leczeniu zapomocą insuliny lub samej tylko djety nie wykazywali już cukru w moczu, u których jednak można było stwierdzić znaczne podwyższenie zwierciadła cukru we krwi, dochodzące niekiedy do przeszło 3 gr pro mille. Dokładne badanie moczu, oddanego w poszczególnych porcjach podczas dnia tylko niekiedy wykazywało ślady cukru. U jednego z tych chorych stwierdzić było można od czasu do czasu obecność ciał ketonowych w moczu. Brak cukru w moczu u tych chorych nie zależy, według autorów, od ewentualnych zmian w przepuszczalności nerki, gdyż ilość azotu pozabiałkowego we krwi była u wszystkich tych chorych prawidłowa.

Chlorek wapnia jako środek leczniczy w krwotokach i chorobach krwi. B. Bourgeois i S. De Sèze. *Paris Médical. Nr. 41 r. 1928.*

Jak wiadomo *Arthus* i *Pages* wykazali znaczenie wapnia dla procesu krzepnięcia krwi (1860), *Wright* w trzy lata później wprowadził chlorek wapnia do lecznictwa. Autorowie omawiają stosowanie tego środka przedewszystkiem w leczeniu krwotoków, podkreślając, że chlorek wapnia powinno się podawać drogą doustną.

W krwawieniach przewodu pokarmowego z powodu wrzodów, raka lub zakażenia podaje się chlorek wapnia o ile chodzi o hematemesis w dawce 3 do 4 gr. dziennie. *Mathieu* i *Loeper* podają nadto 2 do 5 gr. żelatyny; *Loeper* podaje też niekiedy obok chlorku wapnia adrenalinę, belladonnę i kodeinę; *Ramond* podaje chlorek wapnia dopiero trzeciego lub czwartego dnia po ustaniu wymiotów krwawych. W krwawieniach jelitowych stosować można nadto chlorek wapnia w lawatywie kroplówkowej.

W krwioplućiach, krwawieniach z macicy, krwiomoczach i t. p. podajemy również chlorek wapnia, przyczem podkreślić należy że ważną jest rzeczą odpowiednie dawkowanie. Ilości zbyt wielkie nie prowadzą do celu. Odpowiednia dawka według autorów wynosi 2 do 5-ciu gr. dziennie.

Niekiedy stosowanie dożylne chlorku wapnia daje dobre wyniki przy użyciu 5% roztworu w ilości 20 cm. Silniejsze roztwory, jak 10-cio procentowe lub 25% wywołują niepożądane powikłania zarówno ogólne jak i miejscowe.

Niektórzy autorowie polecają stosowanie chlorku wapnia w celu zapobiegawczym przeciw krwawieniom przy zabiegach chirurgicznych lub przed porodami. Skuteczne działanie chlorku wapnia stwierdzono też w hemofilji, w chorobie *Werlhoffa* w hemoglobinurja paroxysmalis, jak i w niektórych zakażeniach krwiotocznych n. p. w ospie, płonicy. w durze brzusznym i t. p.

Leczenie zespołu Basedowa. J. Lépine.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 203 r. 1928.

Autor podkreśla, że zespół Basedowa, niesłusznie nazywany chorobą Basedowa, zależy od rozmaitych przyczyn i to przyczyn mnogich i wywołany jest zaburzeniami zarówno w układzie wegetatywnym, jak i w czynności tarczycy. Ponieważ i przyczyny są rozmaite i wzajemne ustosunkowanie się objawów powyższego zespołu, przeto i leczenie tego zespołu w rozmaity sposób, zależnie od przypadku, musi być przeprowadzone. Autor przestrzega w szczególności przed zabiegiem chirurgicznym, o ile nie jest on poprzedzony dokładnemi badaniami i rozważaniami. Obecnie wiadomo jest, że w zespole Basedowa nie chodzi o nadczynność tarczycy, względnie nie tylko o nadczynność tarczycy, ale także i przedewszystkiem o zmienioną wydzielinę tarczycy. Ta zmieniona czynność tarczycy wpływa przedewszystkiem na ogólną przemianę materji a następnie i na układ nerwowy. Zależnie od usposobienia osobnika chorego, od jego predyspozycji ogólnej i miejscowej, anatomicznej i psychicznej przebieg chorobowy zaznacza się silniej w dziedzinie bądź to układu nerwowego, bądź też w zakresie tarczycy. Dla właściwego leczenia niezbędnem jest ustalenie ogólnych odczynów nerwowych chorego, stopnia chwiejności jego układu współczulnego, jak i jego odporności na zmęczenie. *Crile* podkreśla ujemne wyniki operacyjne u osobników zbyt nerwowych lub też u tych, których stan nerwowy przed zabiegiem nie był odpowiednio leczony.

Badanie moczu, określanie mocznika i cukru we krwi, oznaczenie podstawowej przemiany materji należą do niezbędnych badań przed rozpoczęciem leczenia. Autorowie amerykańscy kładą szczególny nacisk na oznaczanie podstawowej przemiany materji, gdyż badanie to jest najlepszym wskaźnikiem stanu tarczycy. I tak uważać należy za przypadki lekkie te, które wykazują wzmożenie podstawowej przemiany materji od 10% do 30%; za średnie—te, których podstawowa przemiana materji jest podwyższona o 30% do 60%, są też przypadki ciężkie, których podstawowa przemiana materji dojść może do 120%, 150% a nawet 175%. W takich przypadkach rokowanie jest złe, zwłaszcza gdy powyższe wzmożenie utrzymuje się mimo kilkotygodniowego leżenia w łóżku.

Całkowity spokój chorego, jaki otrzymać można tylko przy leżeniu w łóżku, jest podstawowym czynnikiem leczniczym. Tą drogą udaje się uzyskać wyleczenie lekkich postaci, a prawie zawsze poprawę postaci ciężkich. Spokój powinien być tak zupełny, że nawet głowę chorego należy podeprzeć poduszkami, by uniknąć wszelkich wysiłków mięśniowych. Przyspieszenie tętna jest jednym z najlepszych wskaźników natężenia choroby. Przyspieszenie to zmniejsza się lub znika drugiego albo trzeciego tygodnia zachowania całkowitego spokoju a zazwyczaj równolegle doń obniża się też i podstawowa przemiana materji.

Obok leżenia w łóżku należy bezwzględnie usunąć wszelkie miejscowe zakażenia (n. p. próchnica zębów). Sprawa odżywienia jest nie mniej ważna; pod tym względem należy przepisać przedewszystkiem pożywienie mączne, jarzynowe i owocowe oraz mleko, o ile chory dobrze je znosi, natomiast trzeba unikać podawania mięsa, które jak wiadomo, wzmaga podstawową przemianę materji i stosować je należy tylko u tych chorych, którym grozi charłactwo. Należy też pilnie badać mocz na cukier, gdyż nie tak rzadko znajdują się chorzy cukrzycowi między chorymi na chorobę Basedowa. Autor podkreśla, że miewał dobre wyniki przy stosowaniu insuliny u chorych na zespół Basedowa, którzy nie wykazywali ani cukromoczu, ani też zwiększonej zawartości cukru we krwi.

Co do dalszego leczenia należy uwzględnić, czy przeważają objawy ze strony układu współczulnego, czy też tarczycy.

W pierwszym przypadku należy stosować środki uspokajające, między innymi i salicylan sodu, następnie środki wzmacniające zwłaszcza arszenik, który dość często zmniejsza chwiejność układu współczulnego. Ze środków bardziej bezpośrednio działających wymienić należy chininę i ergotynę. W ostatnich czasach zamiast ergotyny stosujemy ergotaminę pod postacią gynergenu, wstrzykując ten środek podskórnie dwa razy dziennie po 0.25 mlgr.

W drugim przypadku, a więc tam gdzie w obrazie chorobowym przeważa czynnik tarczycowy, stosujemy seroterapję pod postacią hematoetyroidyny *Hallion'a* i *Garrion'a* lub rodagenu *Moebius'a*. Wyniki uzyskane tą drogą są jednak niestałe, wielu też autorów poleca stosowanie w tych przypadkach jodu. Nie należy jednak zapominać, że bardzo często zamiast polepszenia, jod sprowadza pogorszenie, co już *Trousseau* podkreślał, a znanem też jest, że w Szwajcarji od czasu wprowadzenia obowiązkowego dodawania jodu do pokarmów, liczba przypadków zespołu *Basedowa* wzmogła się. W Anglji i w Ameryce zamiast dotychczasowej nalewki jodowej podają rozczyn *Lugol'a* począwszy od kilku kropel dziennie, kontrolując pilnie stan chorego.

Leczenie zapomocą naświetlań promieniami *Roentgena* daje naogół bardzo dobre wyniki, pod warunkiem jednak, że przed naświetlaniem zastosujemy długie leczenie przy pomocy spoczynku.

Podobnie też i przed zabiegiem chirurgicznym długie leżenie w łóżku jest niezbędnem. Na ten spokój autor kładzie wybitny nacisk i zaleca, by takiego chorego umieścić przedewszystkiem w odpowiedniem sanatorjum, gdzie może być zapewniony zupełny spokój, następnie w razie potrzeby należy zastosować naświetlania promieniami Roentgena (po których wynik zabiegu chirurgicznego ma być lepszy), o samym zaś zabiegu chirurgicznym należy chorego zawiadomić bezpośrednio przed zabiegiem i uzyskawszy jego zezwolenie, nie zwlekając, operować. To wybitne oszczędzanie nerwów chorego jest jednym z warunków powodzenia leczenia chirurgicznego. W przypadkach bardzo ciężkich nie należy operować, lecz raczej stosować tylko naświetlania promieniami Roentgena.

Leczenie choroby Basedowa zapomocą jodu. W. Labbè. *Soc. Med. des Hôpit. Nr. 26, r. 1928.*

Leczenie choroby Basedowa zapomocą jodu jest do dziś dnia przedmiotem licznych badań. Autor od lat czterech stosuje powyższe leczenie i skłania się do zdania autorów amerykańskich, podnosząc skuteczność podawania jodu w przypadkach choroby Basedowa. Autor zazwyczaj podaje jod pod postacią pigułek z jodomaizyną (1 ctgr jodu na pigułkę), bądź też pod postacią roztworu o następującym składzie: jodu 5 gr., jodku potasu 0 gr., wody 100 gr. Przeciętna dzienna dawka jodu wynosiła 10 ctgr., niejednokrotnie autor podwajał tę dawkę. Naogół jod był dobrze znoszony i nigdy nie spostrzegano wzmożenia się objawów choroby Basedowa. Jod należy podawać bez przerwy: już po upływie tygodnia stwierdzić można obniżenie przyspieszenia tętna, podniecenia ogólnego, zmniejszenie się objawów drżenia rąk, waga chorego podwyższa się a podstawowa przemiana materji opada. Rzadko jednak objawy te całkowicie znikają. Z chwilą przerwania podawania jodu, objawy chorobowe wzmagają się.

Autor sądzi, że niema przypadków, w których jod działałby niekorzystnie, są jednak przypadki oporne względem leczenia jodem. W tych to przypadkach zaprzestanie leczenia jodem wywołuje znaczne pogorszenie a z chwilą ponownego podania tego środka, postępowanie pogorszenia ulega zwolnieniu. Autor przyznaje, że całkowitego wyleczenia nie otrzymał ani razu. U wielu chorych natomiast uzyskane i to znaczne polepszenie utrzymuje się przez czas dłuższy, pod warunkiem jednak stałego podawania jodu.

Autor otrzymywał także poprawę w toksycznym gruczolaku tarczycy, wbrew temu co twierdzą amerykańscy autorowie. O ile jod wpływa bardzo korzystnie na obniżenie przemiany materji, na stan ogólny i podmiotowy oraz na zniknięcie znacznej wrażliwości chorych, o tyle wpływ tego środka na samo powiększenie tarczycy ogranicza się tylko do ustąpienia tętnienia tarczycy, wytrzeszcz oczu pozostaje bez zmiany, jakoteż objawy ze strony układu współczulnego. Co się tyczy wstrzemięźliwości amerykanów w podawaniu jodu w przypadkach gruczolaka toksycznego (*Boothby* twierdzi, że jod w tych przypadkach działa zgubnie już po dziesięciu dniach), autor nie podziela tych obaw i podaje jod, tłumacząc, że zarówno w gruczolaku toksycznym, jak i w chorobie Basedowa, choroba często postępuje skokami, których jod może nie wstrzymać, ale których jednak nie wywołuje. Autor zgadza się z badaczami amerykańskimi co do znacznej roli, jaką gra jod w przygotowaniu chorych do operacji. Pod wpływem jodu śmiertelność pooperacyjna spadła poniżej 2%. Jak dalece zaniedbanie tego przygotowania może zaważyć na szali wyników operacyjnych, autor podaje historję choroby młodej dziewczyny, która po uprzedniem przygotowaniu zapomocą podawania jodu została przeniesiona na oddział chirurgiczny, gdzie ani przed operacją ani po operacji jodu już więcej nie otrzymywała i gdzie nie zwracano dostatecznej uwagi na podstawową przemianę materji. W krótki czas po operacji chora zmarła wśród objawów ostrego pogorszenia się zasadniczej choroby, jak to ongiś często widywano po operacjach.

Amerykanie radzą dalsze stosowanie jodu przez dłuższy czas po operacji; autor postępował za ich radą i mógł przekonać się, że w niektórych przypadkach, w jakich operacja nie dała pożądanego wyniku, podawanie jodu usunęło objawy chorobowe w szczególności zaś obniżyło podwyższoną podstawową przemianę materji do stanu prawidłowego.

Podobnie też podawanie jodu uzupełnia leczenie choroby Basedowa zapomocą naświetlań promieniami Roentgena.

Obecnie amerykanie uważają zabieg chirurgiczny za podstawowe leczenie choroby Basedowa. Zarzucili oni zupełnie podwiązywanie tętnic tarczycowych i częściowe wycięcie gruczołu tarczycowego, a stosują prawie wyłącznie wycięcie niemal całkowite tarczycy bądź to jednoczasowo, bądź też dwuczasowo. We Francji metoda ta nie przyjęła się z różnych względów i ogólnie jest uważana za niebezpieczną.

Wreszcie autor podaje cały szereg historji chorób przypadków leczonych zapomocą podawania jodu.

Śmierć niespodziewana w parę godzin po zabiegu dopełniającym odmę sztuczną. Vaucher, Kaufmann i Uhrig. *Soc. Med, des Hôpit. Nr. 26, r. 1928.*

Autorowie podają historję choroby chorego lat 43, u którego stwierdzono obustronną sprawę gruźliczą z jamami gruźliczemi w obu wierzchołkach płuc, z ciepłotą podwyższoną do 39°. Wobec powyższego stanu rzeczy założono odme sztuczną po lewej stronie, wpuszczając do jamy opłucnej 250 ccm. azotu i uzyskując parcie końcowe minus 12 plus 1. Na drugi dzień ciepłota opadła i choremu w odstępach 6, 9 i 3-dniowych uzupełniano odmę, wprowadzając do jamy opłucnej po 100 do 250 ccm. azotu. Chory znosił bardzo dobrze te zabiegi, przyczem parcie wewnątrzopłucnowe pozostawało stale ujemne. Wobec pojawienia się objawów suchego zapalenia opłucnej po przeciwnej stronie (prawej) zdecydowano założyć odmę i po tejże stronie. W tym celu wpuszczono 150 ccm gazu do jamy opłucnej prawej uzyskując parcie minus 11 $\pm$ 0. W dwa i pięć dni później uzupełniano odmę prawostronną, wpuszczając też w międzyczasie azot dwukrotnie do jamy opłucnej prawej uzyskując parcie końcowe minus 6 minus 1. Do piątej godziny po południu chory czuł się zupełnie dobrze, w tym czasie wystąpiła nagle gwałtowna duszność, wówczas też stwierdzono odmę podskórną po stronie prawej i nitkowate tętno. Wstrzyknięto kamforę i morfinę poczem stan chorego poprawił się, w ciągu nocy jednak o godzinie 2-giej wśród ponownego pogorszenia chory zmarł. Sekcja wykazała odmę opłucnową obustronną, względnie jednak nieznaczną, brak przebicia płuc, brak odmy śródpiersiowej, zmiany zaś gruźlicze były znaczne w obu płucach oraz objawy niesamoistnego zapalenia płuc odoskrzelowego w lewym, dolnym płacie płuca.

Przez cały czas leczenia stan chorego naogół poprawiał się i chory przybrał na wadze 3 kg. Co się tyczy przyczyny śmierci autorowie rozpatrują następujące możliwości. Odrzucić należy znaną możliwość śmierci nagłej wskutek wstrząsu przy zabiegu i wskutek innych przyczyn wywołanych bezpośrednio przez sam zabieg, wtedy bowiem śmierć następuje natychmiast po zabiegu. W opisanym przypadku nie stwierdzono istnienia odmy śródpiersiowej, która, jak wiadomo, jest powikłaniem ciężkiem i niejednokrotnie śmiertelnem. Podskórna odma, którą stwierdzono u powyższego chorego, zdarza się nierzadko i nie pociąga za sobą żadnych ujemnych skutków. Ostatnią przypuszczalną przyczyną śmierci mogłoby być zapalne ognisko w dolnej części pra-

wego płuca. Autorowie skłaniają się do przyznania pewnego znaczenia temu czynnikowi, sądzą jednak, że tłumaczenie to nie jest całkowicie wystarczające. W literaturze *Roubier* i *Bossonet* opisali podobny przypadek gwałtownej śmierci w parę godzin po uzupełnieniu odmy sztucznej obustronnej; przyczyna śmierci również nie była ustalona.

Możnaby przypuszczać, jak sądzą autorowie, istnienie analogji między tymi przypadkami a śmiercią nagłą w zapaleniu opłucnej z dużym wysiękiem. Wreszcie autorowie z żalem podkreślają, że w opisanym przypadku nie zastosowali wypuszczenia gazu z jamy opłucnej.

Leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą efedryny. Pasteur Vallery-Radot i Blamontier. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26 r. 1928.*

Jak wiadomo efedryna posiada skład chemiczny bardzo zbliżony do wzoru adrenaliny, ze względu zaś na odporność jej wobec działania soków trawiennych nadaje się dobrze do stosowania doustnego; ulega wolno rozpadowi w ustroju, wobec czego działanie jej jest dłuższe, niż adrenaliny.

Autorowie w pracy niniejszej przedstawiają wyniki uzyskane u 49-ciu chorych na dychawicę oskrzelową i leczonych za pomocą podawania efedryny. Z tej liczby 23 chorych otrzymywało efedrynę, jako środek zapobiegawczy przeciwko napadom dychawicy. Wynik leczniczy u 16-tu był bardzo dobry, u 7-miu żaden; wyniki dobre uzyskiwano w przypadkach przebiegających ze słabem lub miernem natężeniem choroby. U pozostałych chorych stosowano efedrynę w czasie napadu. W 17-tu przypadkach otrzymano usunięcie napadu lub znaczne zmniejszenie jego nasilenia i tu jednak wyniki korzystne można było zanotować tylko w lżejszych postaciach choroby. Efedryna nie wpływa zupełnie na nieżyt śluzowy i napadowy kaszel.

Autorowie stosowali zazwyczaj pół pastylki lub całą pastylkę efedryny Mercka (jedna pastylka zawiera 5 ctgr). Niektórym chorym dawkę powyższą zwiększano, n. p. półtora pastylki w ciągu połtorej godziny lub dwie do trzech pastylek na dobę. Wielu chorych znosi ten środek bardzo dobrze, inni skarżą się nawet po małych dawkach na bicie serca, drżenie i złe samopoczucie; czasem stwierdzano bezsenność, niekiedy wzmożoną drażliwość. Najmłodszy pacjent liczył 4 i pół lat, najstarszy 75 lat. Efedryna naturalna (alkaloid z krzewu ephedra) zdaje się posiadać silniejsze działanie, niż efedryna syntetyczna, zwana efetoniną. Autorowie nie mogą stwierdzić, czy działanie efedryny zależy od etjologji dychawicy. W dychawicy sercowej efedryna nie wywiera żadnego działania.

Anatomiczne tłumaczenie niektórych cieni (rentgenologicznych) okołownękowych w przebiegu gruźlicy płuc. P. F. Armand-Delile i Ch. Lestocquoy. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26 r. 1928.*

Autorowie podają historję choroby dziewczynki w wieku 2 i pół lat, ze stanami podgorączkowymi, brakiem apetytu, u której badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało jednak cień w okolicy wnęki lewej o brzegach dość nieostrych. Niebawem ciepłota podwyższyła się, wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wskutek czego dziecko zmarło.

Badanie pośmiertne wykazało naciek gruźliczy, obejmujący górną część dolnego płatu lewego płuca, który to naciek sięgał aż do opłucnej i zajmował część płuca, znajdującą się w zatoce żebrowo-kręgosłupowej. Oczywistem jest, że na zdjęciu rentgenowskiem naciek ten dawał cień, który w znacznej części był przesłonięty przez serce, w pozostałej zaś części—projekcji rentgenologicznej — znajdował się koło cienia odpowiadającego wnęce lewej. Wydaje się prawdopodobnem, że w pewnej liczbie takich przypadków, które charakteryzują się w obrazie klinicznym cieniami okołownękowymi i w których klinicznie stwierdza się krwioplucia i obecność prątków gruźliczych w plwocinie — chodzi w rzeczywistości o zmiany gruźlicze, umiejscowione nie koło wnęki lecz w samej tkance płucnej, w szczególności zaś w tylnej części płuca.

W dyskusji *Rist* zgadza się zupełnie z powyższymi wywodami, dodając że zwłaszcza u dzieci liczyć się należy z występowaniem pierwotnego zespołu gruźliczego, wywołanego przez osiedlenie się prątka gruźliczego, w ustroju wolnym dotychczas od gruźliczego zakażenia. Te pierwotne ogniska gruźlicze umiejscawiają się często podopłucnowo, niedaleko śródpiersia i wnęki, szczególnie często zaś poza wnęką, a zatem w okolicy płuca, znajdującej się w zatoce żebrowo-kręgosłupowej. W tych przypadkach obraz rentgenologiczny może wykazywać cechy, błędnie dotychczas tłumaczone, jako sprawy gruczołowe, w szczególności zaś sprawy dotyczące gruczołów wnęki. W istocie zatem chodzi tu nie o adenopatje, lecz o nacieki swoiste płuc, które z czasem ulec mogą wyleczeniu. Według badań *Rist'a i Levesque'a* w znacznej liczbie tych przypadków, które podlegają wyleczeniu, powiększenie gruczołów sąsiednich, jakie towarzyszy pierwotnemu zakażeniu, jest niewielkie.

Przypadek ostrej niedomogi nadnerczy w przebiegu gruźlicy nadnerczy. F. Boussée i M. Gilbert. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1928.*

Autorowie opisują przypadek ostrej niedomogi nadnerczy, dotkniętych gruźlicą, nietylko rozpoznany za życia i potwierdzony sekcyjnie, ale w którym obserwowano szczegółowo wpływ dożylnego wstrzyknięcia adrenaliny.

Chory lat 28-miu leczony był z powodu dobrotliwej gruźlicy szczytu lewego płuca, a następnie z powodu spondylitis kości krzyżowej z następowym zimnym ropniem. Po wyleczeniu tej sprawy leczony był odmą sztuczną z powodu pogorszenia się sprawy płucnej. Niebawem stan płuc znacznie się polepszył, gdy chory nagle wśród dreszczów dostał wysokiej gorączki, przyczem stwierdzono zwykłą anginę. Pod wieczór ciepłota opadła do 37.3° i wszystko zdawało się powracać do stanu prawidłowego. Następnej nocy jednak pojawiły się nudności z wymiotami oraz silny ból w nadbrzuszu, któreto objawy ustępowały tylko chwilowo i częściowo pod wpływem pantoponu i chloralu. Ciepłota ciała stale bezgorączkowa, powłoki brzuszne nienapięte, mocz nie zawiera żadnych składników patologicznych. Chory jest bardzo osłabiony, tętno wolne i miarowe. Po 48-miu godzinach pojawiają się napady czkawki trwające do 20-tu minut z gwałtownymi bólami wzdłuż przyczepu przepony. Dzień później, wśród tych samych objawów, tętno słabnie coraz bardziej.

Wobec powyższego stanu rozpoznano ostrą niedomogę nadnerczy i wstrzyknięto domięśniowo 1 mlgr adrenaliny, co pozostało bez skutku. Po paru godzinach chory zupełnie nieprzytomny, wystąpiła sinica warg, tony serca prawie niesłyszalne. Wstrzyknięto dożylnie 0,25 mlgr adrenaliny w 150-ciu ccm płynu fizjologicznego: już podczas wstrzyknięcia tętno poprawia się, wargi zabarwiają się prawidłowo i chory wraca do przytomności. W 20-cia minut później groźny stan powraca, wobec czego wstrzyknięto 0,75 mlgr adrenaliny w 150-ciu ccm płynu fizjologicznego. Stan chorego poprawia się znowu na kwadrans, poczem występuje gwałtowny napad czkawki, trwający 5 godzin. Wstrzyknięto 1 mlgr adrenaliny rozpuszczony tym razem w 10 ccm płynu fizjologicznego — chory odzyskuje przytomność na 10 minut i może rozmawiać, po następnem wstrzyknięciu tej samej dawki poprawa trwa zaledwo parę chwil. Wobec upadku krążenia dalsze wlewania dożylne okazały się niewykonalne a w 2 godziny później chory zmarł. Sekcja wykazała obok zmian w płucach powiększenie obu nadnerczy, a badanie drobnowidowe wykryło całkowitą martwicę tych gruczołów, w nich masy serowate, ogniska zwapnienia, złogi hematoidyny i gdzie niegdzie zwyrodniałe komórki gruczołowe.

Autorowie podkreślają, że u tego chorego brak było brunatnego zabarwienia skóry i błon śluzowych, tej cechy charakterystycznej dla choroby Addisona; podczas naświetlań słońcem chory opalał się zupełnie prawidłowo. Parcie tętnicze przed ostatnim okresem chorobowym było prawidłowe. Jedyną cechą, która mogła zwrócić uwagę było łatwe męczenie się chorego. Wpływ adrenaliny był tak wyraźny, że wydaje się słusznem stosowanie tego środka drogą dożylną w przypadkach ostrej niedomogi nadnerczy, prawdopodobnie bowiem w tych przypadkach, w których tkanka gruczołowa nie jest w całości zniszczona — uda się tą drogą uratować chorych.

Z. Gorecki.

PEDJATRJA.

Wartość uodparniająca szczepionki B. C. G. w środowisku gruźliczem. Weill-Hallé, Turpin, Benda, Coloni. (*Bul. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*). *Nr. 7 1928.*

W celu ustalenia wartości uodparniającej szczepionki *Calmette'a*; autorzy nie posługiwali się zawodnym materjałem statystycznym, lecz poddali ścisłemu badaniu klinicznemu 137 dzieci, żyjących w środowisku gruźliczem, a szczepionych w pierwszych dniach życia. Szczególną uwagę zwrócili na dwie grupy dzieci: jedną, obejmującą 43 dzieci, znajdujących się w kontakcie z matką chorą na gruźlicę oraz drugą, liczącą 64 dzieci, pochodzących od matek zdrowych, lecz będących w zetknięciu z chorym na gruźlicę członkiem rodziny. W każdej z tych grup stwierdzono po jednym przypadku śmierci z powodu gruźlicy. Zmarło jeszcze 15-ro dzieci, lecz rozpoznanie kliniczne stwierdziło tutaj inną przyczynę choroby. Autorowie uważają wynik uodpornienia za bardzo korzystny. Dwa przypadki niepowodzenia tłomaczą tem, iż noworodki nie były odłączone zaraz po urodzeniu od źródła zakażenia. Autorowie uważają za niezbędne usuwanie noworodków szczepionych od matek chorych na gruźlicę (wzgl. innego wydzielającego prątki członka rodziny), z uwagi na to, że odporność poszczepienna wymaga czasu, zanim się ujawni. Znajdują sią oni tutaj w zgodzie z ostatniemi przepisami *Calmette'a.*

W dyskusji nad powyższym referatem szereg klinicystów, w szczególności zaś *Nobécourt,* stwierdzają nieczęste występowanie objawów gruźlicy u dzieci szczepionych; podkreślają jednak, że choroba przybiera tutaj obrót zazwyczaj łagodny, umiejscawia się przeważnie w gruczołach chłonnych, nigdy zaś prawie nie atakuje opon mózgowych, która to postać gruźlicy tak często jest spotykana u dzieci nieszczepionych w pierwszym i drugim roku życia.

Skórny odczyn tuberkulinowy i uodparnianie przeciwgruźlicze. Robert Clément. *Bul. de la Soc. de Pédiatrie de Paris Nr. 7 1928.*

W referacie swym autorowie zwracają uwagę na kwestję metodologiczną, posiadająca jednakże duże znaczenie w badaniach nad oceną wyników szczepień ochronnych przeciwgruźliczych. Jak wiadomo *Calmette* w przepisach, dołączonych do każdej szczepionki, wydawanej z jego zakładu, zastrzega się przeciwko wykonywaniu próbnych odczynów tuberkulinowych u dzieci szczepionych, nawet naskórnych, uważając, że wykonanie odczynu może uczynić jawnem utajone dotąd zakażenia gruźlicze i w ten sposób pokrzyżować dobroczynny skutek szczepienia ochronnego. Autorowie twierdzą, że odczyn *Pirquet'a* nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, stanowi jednak niezbędną metodę, bez której niemożliwą jest analiza biologicznych podstaw szczepienia ochronnego, ani też ocena wartości tego ostatniego.

Objaw Chwostek'a u dzieci starszych. Marie Nageotte-Wilbouchewitch. (*Bul. de la Soc. de Pédiatrie de Paris Nr. 7 1928*).

Jak wiadomo objaw *Chwostek'a* polega na wywołaniu odruchu przy uderzeniu młotkiem na okolicę przebiegu nerwu twarzowego. W okresie wieku niemowlęcego jest on bardzo ważnym wskaźnikiem utajonej lub czynnej tężyczki. Występowanie jego zależy najprawdopodobniej od zbyt małego poziomu wapnia we krwi, który to czynnik odgrywa naogół bardzo ważną rolę w patogenezie tężyczki. Natomiast u dzieci starszych często mający miejsce objaw *Chwostek'a* nie ma, jak to wykazały szeregi badań; nic wspólnego z obniżeniem poziomu wapnia we krwi. Większość autorów jest zdania, że w wieku pozaniemowlęcym spotykamy obwodową nadwrażliwość nerwu twarzowego u osobników nerwowych.

Autorka naogół potwierdza to spostrzeżenie. W szeregu przypadków, gdzie objaw ten występował bardzo wyraźnie, zastosowała autorka leczenie przyjęte w stosunku do tężyczki wieku niemowlęcego: tran, lampa kwarcowa. Stan ogólny ulegał poprawie, jednakże objaw *Chwostek'a* utrzymywał się w poprzedniej postaci. Wszystkie dzieci, u których stwierdzono objaw dodatni, posiadały pewne cechy cielesne albo nerwowe, stanowiące odchylenie od normy. Inne z nich przebyły ciężkie choroby zakaźne. W wyniku badań autorka dochodzi do wniosku, że dzieci z objawem *Chwostek'a* nie są osobnikami normalnemi.

W dyskusji *Lamaire* zaznacza, że udało mu się usuwać objaw *Chwostek'a* u dzieci starszych zapomocą stosowania naświetlanej ergosterynyny (Vigantolu).

(Spostrzeżenie *Lamaire'a* w związku z otrzymanym przez niektórych autorów korzystnym wpływem dużych dawek chlorku wapnia na objaw *Chwostek'a*, wskazuje na to, że poziom wapnia we krwi wywiera pewien wpływ na objaw *Chwostek'a* u dzieci starszych, choć z drugiej strony niewątpliwie objaw ten tutaj nie jest identyczny z tymże objawem u niemowląt. Przypisek referenta).

Błonica rzekoma u niemowląt. Cassoute i Montus. *Bul. de Soc. de Pédiatrie de Paris. Nr. 7. 1928.*

W żłobkach dla niemowląt spostrzegano dużo przypadków nieżytu nosa o charakterze klinicznym zakażenia błoniczego. Hodowle dawały wzrost laseczników o typie laseczników błoniczych. Dokładniejsza jednak analiza bakterjologiczna wykazała, że były to laseczniki rzekomo-błonicze. Wówczas autorzy przystąpili do badań na nosicielstwo niemowląt zdrowych i stwierdzili obecność 32% nosicieli laseczników rzekomo-błoniczych, ani jednego natomiast nosiciela laseczników błoniczych. Faktem obecności laseczników rzekomo-błoniczych, jako czynnika etjologicznego w krwawych nieżytach nosa, tłomaczą autorzy brak korzystnego wpływu leczniczego surowicy przeciwbłoniczej.

Próby zapobiegania płonicy zapomocą surowicy przeciwpłoniczej. Réné Martin i Albert Laffaille. *Bul. de la Soc. de Pédiatrie de Paris Nr. 7. 1927.*

Podczas wybuchu epidemji płonicy w dwuch przytułkach dla dzieci w Paryżu autorzy zastosowali uodparnianie bierne zapomocą surowicy przeciwpłoniczej. W pierwszym przytułku znajdowało się 85 dzieci. Po zanotowaniu 8-u przypadków płonicy, autorzy wykonali u reszty dzieci odczyn *Dick'a* i stwierdzili 27 odczynów dodatnich. Tym ostatnim dzieciom wstrzyknęli 10 — 20 cm. surowicy przeciwpłoniczej w zależności od wieku. Po upływie 6-u dni wykonano u powyższych 27-ga dzieci ponownie odczyn *Dick'a*., który tym razem wypadł dodatnio tylko u jednego dziecka, co wskazywało na zdobycie odporności przez resztę dzieci. Po upływie trzech tygodni od chwili zastrzyku surowicy zachorowało na płonicę dwoje dzieci: 1 dziecko u którego odczyn pozostał dodatni po zastrzyku surowicy, 2 dziecko u którego odczyn *Dick'a* stał się ponownie dodatni. W tym bowiem czasie wszystkie dzieci uodpornione znów miały dodatni odczyn *Dick'a*.

Druga epidemja miała miejsce w przytułku dla sierot polskich im. św. Kazimierza. Zaszły tam cztery przypadki płonicy. Dokonany odczyn *Dick'a* wykazał na 52-e 5-o dzieci wrażliwych (*Dick'a* +). 12.IV wstrzyknięto wszystkim tym dzieciom po 20 cm. surowicy przeciwpłoniczej. 19.IV wszystkie te dzieci miały odczyn *Dick'a* ujemny, 27/IV u dwojga z nich stał się ponownie dodatni, zaś 3/V wszystkie 5-o dzieci miały odczyn dodatni. W kilka dni później troje z tych 5-ga dzieci zachorowało na szkarlatynę.

Autorzy wyciągają z tych pouczających spostrzeżeń bardzo słuszne wnioski. Jak widać wszystkie pięć przypadków płonicy dotyczyło dzieci mających dodatni odczyn *Dick'a*, co wskazuje na wielką wartość tego odczynu, jako wskaźnika wrażliwości na płonicę. Pozatem wstrzyknięcie surowicy przeciw płoniczej sprowadza stan odporności biologicznej, wyrażającej się w zmianie odczynu z dodatniego na ujemny. Tej biologicznej odporności odpowiada stan odporności klinicznej, gdyż dzieci nie ulegają zakażeniu dopóki odczyn pozostaje ujemny: Dopiero z chwilą ponownego zjawienia się odczynu dodatniego, co ma miejsce mniej więcej po upływie trzech tygodni od chwili zastrzyku, możliwe jest zakażenie. W tym zjawisku wyraża się skuteczność, lecz jednocześnie i krótkotrwałość biernego uodpornienia, jako metody zapobiegawczej. W parze z tym musi być zastosowane uodparnianie czynne, sprowadzające odporność długotrwałą. (*Poglądy te zostały rozwinięte przez referenta w artykule „Swoiste metody zapobiegania chorobom zakaźnym i t. d." Wiedza Lekarska sierpień 1928*).

Leczenie surowicą przeciwpłoniczą. Wyniki otrzymane w toku leczenia 22 ciężkich przypadków. Nobécourt, Martin, Bize. (*Bul de Soc. de Pediatrie de Paris Nr. 7 1928*).

Spostrzezenia i wnioski autorów zgodne są z otrzymanemi przez *Szenajcha i Bogdanowicza* w Warszawie oraz innych autorów zagranicznych. Zauważyli oni wyraźny wpływ korzystny surowicy na toksyczne objawy pierwszego okresu płonicy. Pozostawała ona natomiast bez wpływu na zespół infekcyjny oraz septyczny, to jest na wszelkie powikłania ropne, zarówno pierwszego okresu płonicy, jak również późnego okresu. Nie mogli oni również zauważyć wpływu zapobiegawczego na częstość występowania powikłań. (Spostrzeżenia *Friedemann'a* w Niemczech oraz referenta przemawiają za tem, że surowica wywiera pewien wpływ zapobiegawczy w sensie złagodzenia przebiegu powikłań ropnych).

H. B.

CHIRURGJA.

Leczenie chirurgiczne krwotoków we wrzodach żołądka i dwunastnicy. Delore i De Girardier. *La Presse Méd. Nr. 65, sierpień 1928.*

Poza krwotokami, które przez swą gwałtowność sprowadzają bezpośrednio zejście śmiertelne, najbardziej groźnemi dla chorego są krwotoki powtarzające się — a to ze względu na ciężką niedokrwistość, którą za sobą pociągają, i stany zatrucia krwią, wessaną z przewodu pokarmowego. Anatomopatologicznie rozróżniamy tu: krwawienie włosowate z owrzodziałej powierzchownie śluzówki, nadżarcie przez proces wrzodziejący drobnej tętniczki i wreszcie otwarcie w obrębie głębokiego owrzodzenia światła dużej tętnicy (t. wieńcowej żołądka, żołądkowosieciowej, trzustkowodwunastniczej, śledzionowej, żołądkowodwunastniczej); te ostatnie nie są bynajmniej rzadkie — *Gür* (1921) na 33 przypadki krwotoków żołądkowodwunastniczych w 13 stwierdził uszkodzenie tętnicy dużego kalibru.

W żadnym przypadku krwawienia w przebiegu

wrzodu żołądka lub dwunastnicy nie można przewidzieć z objawów klinicznych, jaki obrót przyjmie to powikłanie; ta niepewność w rokowaniu w tego rodzaju krwotokach przeważa szalę na korzyść ich leczenia chirurgicznego, jako metody z wyboru, pozostawiając leczeniu wewnętrznemu rolę drugorzędną — doraźnego zwalczania wstrząsu po krwotoku i stworzeniu dla chorego jak najlepszych warunków do operacji. Co do techniki operacyjnej--rozróżnia się zabiegi bezpośrednie, atakujące samo ognisko (wycięcie wrzodu), i pośrednie (podwiązanie wszystkich naczyń dokoła wrzodu, zespolenie żołądkowojelitowe).

W każdym razie nie należy operować zbyt wcześnie—w okresie wstrząsu pokrwotocznego, ani zbyt późno — w stanach ciężkiej niedokrwistości i zatrucia wessaną krwią w następstwie powtarzających się krwotoków; sam fakt powtarzania się krwawień, chociażby drobnych i małoznaczących, daje już zupełnie pewne wskazanie do zabiegu operacyjnego.

Zmiany kostne w kile wrodzonej we wczesnem dzieciństwie. Péhu i Policard. *La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1928.*

Najczęstszemi postaciami i dosyć charakterystycznemi dla pierwszych lat dzieciństwa są: osteochondritis luetica i tak zwana (niesłusznie zresztą) periostitis ossificans.

I. Począwszy od piątego miesiąca życia płodowego prawie wszystkie kości pochodzenia chrząstkowegu zostają zaatakowane przez krętki swoiste, które umiejscawiają się w nasadach i największe zmiany, polegające nie tylko na niedokształceniu całego szeregu beleczek kostnych, ale także na zaniku już wykształconych, wywołują w pobliżu chrząstek nasadowych dając obraz „osteochondritis". Zmiany te nie dotyczą nigdy kości pochodzenia tkankołącznowego (kości czaszki), które ulegają zmianom swoistym z reguły dopiero w późniejszym okresie dzieciństwa. Proces chorobowy, właściwy „osteochondritis", przygasa w końcu II miesiąca po urodzeniu tak, że począwszy od IV miesiąca życia już nie znajdujemy nigdy właściwych jej zmian, przynajmniej czynnych.

II. W końcu IV miesiąca po urodzeniu, również ze stałą regularnością zaczynają występować zmiany charakteryzujące t. zw. „*periostitis ossificans*" w postaci szeregu cieniutkich nawarstwień (3—4) na zewnętrznej powierzchni nasad całego szeregu kości najczęściej — wewnętrznego brzegu kości goleniowej zewnętrznego brzegu kości udowej, obu brzegów kości ramieniowej i kości przedramienia; zmiany te występują zawsze symetrycznie (w obu kończynach), a w ich patogenezie, grają niewątpliwie rolę czynniki mechaniczne — pociąganie, ucisk--pochodzenia mięśniowego, warunkujące tę symetrję. Sama okostna bywa w tych miejscach niezmieniona, zmiany dotyczą tylko warstwy korowej kości rozrzedzonej ale jednocześnie zgrubiałej dzięki nawarstwieniom. Proces ten trwa tylko do końca pierwszego roku życia-po tym okresie nowe warunki statyczno-kinetyczne. w jakich zaczyna się znajdować dziecko modelując kości, zacierają stopniowo ślady tego procesu chorobowego, wywołanego przez bezpośrednie działanie krętków swoistych.

Zmiany kostne w kile wrodzonej w późniejszem dzieciństwie przypominają już zupełnie zmiany kiłowe u dorosłych—a więc mamy do czynienia z periostitis i osteomyelitis gummosa, z zagęszczeniem i rozrzedzeniem istoty kostnej, dotyczącemi różnych kości bez żadnej regularności w umiejscowieniu, czy to w czasie, ani tembardziej symetrji.

Ta różnica w obrazach anatomopatologicznych, właściwych wczesnemu i późniejszemu dzieciństwu, zależy niewątpliwie od działania zakażenia swoistego na układ kostny w dwu zasadniczo różnych jego okresach rozwojowych.

25 przypadków wycięcia części odźwiernikowej wskutek wrzodu żołądka. Desmarest i Debray. *Journ. de Chir. XXXII. Nr. 1, lipiec 1928.*

Autorowie, podając do wiadomości wyniki leczenia powyższych 25 przypadków wrzodów żołądka,

podkreślają pewne szczegóły techniki operacyjnej, które, ich zdaniem, w sposób istotny wpływają na ostateczny wynik leczniczy.

Metodą z wyboru jest wycięcie rozległe części odźwiernikowej, gdyż w 90% daje wyleczenie zupełne. U osób wyniszczonych należy liczyć się z groźnym dla życia spadkiem ciśnienia krwionośnego, kontrolować je w czasie operacji i ewentualnie przeciwdziałać mu wstrzykiwaniem dożylnem roztworu fizjologicznego z adrenaliną. W związku z samym zabiegiem jedyne poważniejsze niebezpieczeństwo grozi choremu ze strony ewentualnego obumarcia kikuta dwunastniczego wskutek niedostatecznego jego ukrwienia; do szycia używali autorowie wyłącznie łatwo wsysalnej struny, z wyłączeniem zupełnem jedwabiu; kikuty obszywali szwem 3-piętrowym: I—na śluzówkę, II—na mięśniówkę, III—lembertowski na surowicówkę. Ale właściwy wynik operacji zależy przedewszystkiem od sposobu wykonania zespolenia żołądka z jelitem czczem (Billroth II); które powinno odpowiadać następującym wymaganiom: otwór zespoleniowy winien być umiejscowiony na samym brzegu dużej krzywizny i jak najbliżej szwu, zamykającego kikut, a to dlatego, aby zabezpieczyć jak najlepsze opróżnianie się żołądka z treści pokarmowej, która w przeciwnym razie zalega w nim i psuje cały efekt operacji.

Przebieg pooperacyjny u tego rodzaju chorych składa się zwykle z dwu okresów; okresu przystosowywania się zmniejszonego żołądka do swej czynności — z pewnemi objawami klinicznemi jak uczucie częste przepełnienia, wymioty, napady biegunki, — i okresu prawidłowej jego czynności, czyli wyleczenia zupełnego, co następuje zwykle w ciągu paru tygodni od chwili operacji. Istnienie tych dwu odrębnych okresów stwierdzono i rentgenologicznie: w I okresie żołądek jest mały i umieszczony w lewo od linji środkowej, opróżnia się niezbyt sprawnie (po 2 godz. — pusty); w II — żołądek jest o wiele większy i wydłużony ku dołowi, czynność ruchowa prawidłowa, opróżnia się sprawnie i szybko poprzez otwór zespoleniowy na swym dolnym biegunie, o ile tylko otwór ów w swoim czasie był zrobiony w najniższem miejscu pozostałego po wycięciu żołądka, gdyż w przeciwnym razie poniżej otworu zespoleniowego powstaje ślepy uchyłek żołądka z zalegającą w nim treścią.

Zaburzenia ze strony pęcherza moczowego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Carajannopoulos i Grigorakis. *Journ. d'Urologie. XXVI — Nr. 1, lipiec 1928.*

Znane są powszechnie różnego rodzaju i nasilenia objawy pęcherzowe w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego zapaleniem tkanki okołopęcherzowej, ściany pęcherza, przedziurawieniem ropnia przywyrostkowego lub samego wyrostka do pęcherza. Ale rzadkiem jest przypadek, spostrzegany przez autorów, w którym zapalenie przewlekłe wyrostka nie zaznaczało się klinicznie ani jednym z typowych dlań objawów, a dolegliwości chorego ograniczały się wyłącznie do trudności w oddawaniu moczu, które z czasem doprowadziły do stałego wyciekania z pęcherza kroplami.

W czasie operacji stwierdzono zmiany zapalne przewlekłe w wyrostku i pozostające w związku z tem liczne grube błony zapalne, wypełniające całkowicie jamę Douglasa i sklejające tylną ścianę pęcherza, odbytnicę i pętlę esicy w jedną całość. Zabieg polegał na wycięciu wyrostka robaczkowego, uwolnieniu, że zrostów pęcherza, odbytnicy i esicy i założeniu do jamy Douglaśa małego worka Mikulicza. Chory po trzech tygodniach opuścił szpital jako całkowicie wyleczony, oddając mocz zupełnie prawidłowo,

Uwagi w sprawie wstrzykiwań podskórnych roztworów adrenaliny. Moure. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie. Nr. 24, lipiec 1928.*

Cały szereg autorów zwraca uwagę na niemałe niebezpieczeństwo, jakie towarzyszy wstrzykiwaniu podskórnemu adrenaliny; przytaczano przypadki niezbyt rzadkie rozległego obumarcia skóry na udzie w związku ze wstrzyknięciem podskórnem roztworu fizjologicznego z dodatkiem adrenaliny; obumarcie tkanek otrzymywano również po dodaniu adrenaliny do środka znieczulającego, wstrzykniętego w czasie operacji.

O ile wprowadzanie adrenaliny do ustroju w celach leczniczych w postaci wstrzykiwań podskórnych można zastąpić z powodzeniem jej podawaniem doustnem lub w lawatywkach, o tyle trudno jest wyrzec się adrenaliny jako dodatku do środka znieczulającego, zwłaszcza w operacjach dłużej trwających i na narządach obficie ukrwionych.

Pamiętać należy w każdym razie o tem, aby stężenie adrenaliny nie przekraczało nigdy 10 kropel roztworu 1:1000 na 100 cm³ środka znieczulającego i aby dodanie adrenaliny miało miejsce zawsze bezpośrednio przed operacją; dodawanie adrenaliny do środka znieczulającego jest zasadniczo przeciwskazane w operacjach wytwórczych (autoplastyka), do znieczulania okrężnego palców i w operacjach na tkankach z upośledzonem odżywianiem (zmiany troficzne).

Przypadek rany postrzałowej śledziony, maskującej ranę serca. Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie. Nr. 24, lipiec 1928.*

Autor podaje spostrzegany przez siebie przypadek rany postrzałowej lewej połowy klatki piersiowej — otwór wejściowy na górnym brzegu V żebra na 4 palce w lewo od linji środkowej ciała, wyjściowy — w okolicy dolnego kąta łopatki lewej. Chora (zamach samobójczy z rewolweru) została dostarczona do szpitala w 2 godziny po wypadku; powłoki wybitnie blade, duszność znaczna, tętno 80 słabo wypełnione, tony serca głuchawe, objawy płynu w lewej opłucnej; brzuch naogół miękki (poza nieznacznem wzmożeniem napięcia mięśniowego w lewem podżebrzu) i przy oddychaniu porusza się prawidłowo. Rozpoznano ranę serca i przystąpiono natychmiast do operacji: cięcie skóry w kształcie litery U (III żebro, środek mostka, V przestrzeń międzyżebrowa), po odchyleniu nazewnątrz płata skórno-chrzęstnego okazało się, że worek osierdziowy jest cały, płuco bez zmian, w opłucnej — duża ilość krwi, w okolicy wierzchołka lewej połowy przepony widać 2 otworki,

przez które z jamy brzusznej wylewa się obficie krew; nacięto przeponę i stwierdzono rozległe obrażenie śledziony, którą wycięto przez tenże otwór, poczem przeponę i ścianę klatki piersiowej zaszyto doszczętnie; przez małe cięcie nadłonowe usunięto z jamy brzusznej duże ilości płynnej krwi. Przebieg pooperacyjny był powikłany zapaleniem ropnem opłucnej lewej. W 3 miesiące po operacji chora opuściła szpital jako wyleczona i zagojona.

Pooperacyjne powikłania płucne w świetle najnowszych prac autorów amerykańskich. Fontaine. *Lyon Chirurgical. XXV— Nr. 4, lipiec — sierpień 1928.*

Powikłania te są tematem obecnie bardzo intensywnie (do doświadczeń na zwierzętach włącznie) opracowywanym w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i autorowie tych prac pod wielu względami dochodzą do zupełnie nowych i ciekawych wyników.

U 2 — 4% wszystkich chorych operowanym występują pooperacyjne powikłania płucne, z czego koło 70% przypada na operacje wewnątrzotrzewnowe $^1/_3$ — $^1/_2$% wszystkich operowanych umiera z powodu tych powikłań. Rozpoznaje się zwykle u tego rodzaju chorych zwykle odoskrzelowe lub zrazowe zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, opłucnej — surowicze lub ropne, wreszcie zator płucny z jego następstwem — zawałem krwotocznym. Jednak przy dokładnem badaniu stwierdzono, że więcej niż połowa tych przypadków nie mieści się w ramkach zwykłego podziału schorzeń płucnych, i te właśnie postacie autorowie amerykańscy ujęli jako nową jednostkę kliniczną pod nazwą „rozległego zbitego spadnięcia się tkanki płucnej" (*collapsus pulmonaire massif*).

Schorzenie to występuje w każdym wieku i zupełnie niezależnie — od pory roku, specjalnie często po operacjach na narządach jamy brzusznej; rodzaj znieczulenia nie gra tutaj żadnej roli. Zwykle w 24 — 48 godzin po operacji chory nagle dostaje kaszlu z wydzieliną śluzoworopną, duszności wdechowej, gorączki, bólu w okolicy klatki piersiowej, tętno 100 — 160; badanie fizykalne wykazuje prawie zupełne unieruchomienie danej połowy klatki piersiowej (w olbrzymiej większości — prawej), odgłos opukowy stłumiony (w obrębie 1 — 2 — 3 płatów), drżenie głosowe zniesione lub osłabione, szmerów oddechowych nie słychać, powyżej ogniska chorobowego—oddech oskrzelowy i rzężenia grubo— i średniobańkowe; rentgenologicznie stwierdza się wybitne pola płucnego zaciemnienia po danej stronie, wysokie ustawienie połowy przepony i jej unieruchomienie i wreszcie — co jest najbardziej charakterystyczne dla danego schorzenia — przemieszczenie serca i pozostałego śródpiersia w stronę chorą (co można zresztą wykryć i badaniem fizykalnem). Przebieg kliniczny rzadko bywa gwałtowny (przypominający czasami obraz zatoru płucnego), zwykle objawy nie osiągają dużego natężenia i w ciągu kilku dni ustępują zupełnie; leczenie objawowe wystarcza w zupełności, zresztą nic innego zalecić nie można.

Anatomopatologicznie mamy obraz rozległej atelektazy płuca i silnego jego przekrwienia. Patogeneza schorzenia jest dotychczas dosyć ciemna — jedni tłumaczą mechanizm jego powstawania zatkaniem mechanicznem światła oskrzeli czopami śluzoworopnemi lub też odruchowym (w związku z urazem operacyjnym) skurczem mięśni ściany oskrzelików, zamykającym lub znacznie zwężającym ich światło (mechanizm — jak w powstawaniu duszy oskrzelowej); inni — tłumaczą powstawanie „rozległego zbitego spadnięcia się tkanki płucnej" nagłem i rozległem rozszerzeniem naczyń krwionośnych pęcherzyków płucnych i oskrzelików na drodze odruchu naczynioruchowego, ze wzmożeniem wydzielania śluzówki.

Na etjologję pooperacyjnych powikłań płucnych, dotychczas tak niejasną rzuciły sporo światła ostatnie badania autorów amerykańskich (*Cutler i Hunt*), którzy przyszli ostatecznie do wniosku, że w dużej większości przypadków tłem schorzenia płucnego są zatory z ogniska operacyjnego; w związku z tem częstość występowania tego rodzaju powikłań zależałaby od stopnia urazu operacyjnego, od ruchliwości narządu, na którym dokonano zabiegu (np. żołądek — przy ruchach oddechowych) też i wreszcie od ewentualnego zakażenia ogniska operacyjnego (często zbyt słabego poza tem, aby dać objawy zakażenia rany).

W związku z powyższem jasnem się staje, że dążyć należy do zmniejszenia częstości tego rodzaju powikłań pooperacyjnych przez zredukowanie do minimum urazu operacyjnego, dokładną hemostazę i pilne wystrzeganie się zakażenia rany.

Przyczynek do wyleczenia samoistnego raka. Mather. *Lyon Chir. XXV — Nr. 4, lipiec — sierpień 1928.*

Awramovici w 1927 roku ogłosił przypadek raka wargi dolnej u mężczyzny 45-letniego, którego rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem drobnowidzowem, i który znikł bez śladu po przebyciu przez chorego licznych napadów zimnicy (co 3 dni w ciągu 7 tygodni). Obserwacja w ciągu $3^1/_3$ lat nie wykazała nawrotu guza. Podobny przypadek ogłosił Reding (1928), w którym wyleczenie raka policzka nastąpiło po przebyciu przez chorego róży ze stanem gorączkowym koło 40° C, utrzymującym się w ciągu 4 tygodni.

W jednym i drugim przypadku leczniczo miała działać trwająca przez czas dłuższy gorączka, pociągająca za sobą pewne zmiany w chemiźmie krwi, Stwierdzono w całym szeregu przypadków, że w przebiegu raka stale spotyka się zwiększenie zasobu zasad we krwi (alcalosis) i zmniejszenie się ilości wapnia; stan ten utrzymuje się i po wycięciu guza, świadcząc jakgdyby o pewnej skazie ustroju, usposabiającej do wystąpienia raka; zjawienie się raka lub wogóle nowotworu złośliwego w przebiegu chorób cechujących się zmniejszeniem zasobu zasad (acidosis) — choroby nerek, serca, miażdżyca tętnic — bywa spostrzegane bardzo rzadko. Dłużej trwający stan gorączkowy działa w przypadku raka przez zmniejszenie zasobu zasad we krwi i zwiększenie ilości wapnia

Zwichnięcie zewnętrznego końca obojczyka i jego leczenie. Michon. *Lyon Chirurgical. XXV— Nr. 4, lipiec—sierpień 1928.*

Koniec zewnętrzny obojczyka jak wiadomo jest połączony z wyrostkiem barkowym łopatki sta-

wem, wzmocnionym niezbyt silnem więzadłem obojczykowobarkowem i potężnem więzadłem obojczykowokruczem (lig. coracoclaviculare—conoideum et trapezoideum), któremu przypada główna rola w utrzymaniu prawidłowego połączenia obojczyka i łopatki. Przy rozerwaniu tylko więzadła obojczykowobarkowego następuje nadwichnięcie zewnętrznego końca obojczyka, z niewielkiem i krótkotrwałem zaburzeniem w ruchach, o ile zaś zostanie zerwane i więzadło obojczykowokrucze—zwichnięcie wówczas jest zupełne ze znacznem zniekształceniem i dużem ograniczeniem ruchów.

W tym ostatnim przypadku bezwzględnie wskazane jest krwawe nastawienie i ustalenie w pozycji prawidłowej, jako dające najlepsze wyniki. Wszelkie nakładanie szwów na wysokości stawu obojczykowobarkowego, czy to na części kostne, czy też na części miękkie przystawowe, sprowadza jego zesztywnienie z następowem zaburzeniem w ruchach kończyny i z tego względu powinno być zaniechane. Metodą z wyboru będzie przywiązanie grubym jedwabiem zewnętrznego końca obojczyka do wyrostka kruczego, z cięcia poprzez przednią część mięśnia naramiennego i unieruchomienie kończyny w silnem przywiedzeniu (łokieć w okolicy wyrostka mieczykowatego) na przeciąg tygodnia, poczem następuje wykonywanie ruchów i mięsienie. Ruchy wracają w całej swej rozciągłości i sile.

Pierwotne ostre zapalenie kątnicy. Ricard. *Lyon Chirurgical. XXV—Nr. 4, lipiec—sierpień 1928.*

Z każdym rokiem mnożą się głosy, podnoszące pierwotne występowanie ostrego zapalenia kątnicy, bez wyraźnego udziału w tym procesie chorobowym samego wyrostka robaczkowego.

Autor podaje opis spostrzeganych przez siebie i operowanych trzech przypadków o typowych objawach klinicznych ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w których przy operacji stwierdzono zmiany, dotyczące wyłącznie kątnicy i początkowego odcinka wstępnicy, i polegające na zgrubieniu i znacznem przekrwieniu ich ściany, czasami widać było ogniska mniej lub więcej daleko posuniętej nekrozy. Zmiany te nie zdają się być w jakimkolwiek związku ze schorzeniem wyrostka, gdyż ten ostatni we wszystkich przypadkach nie wykazywał żadnych zmian zapalnych, a ponadto zmiany ze strony kątnicy były umiejscowione zdala od wyrostka. Dużą częstość występowania zmian zapalnych ostrych kątnicy i wstępnicy — w porównaniu z innemi odcinkami kiszki grubej — tłumaczy do pewnego stopnia obfitość w tej okolicy grudek chłonnych.

Rozpoznaje się klinicznie zawsze w tych razach ostre zapalenie wyrostka, ale leczenie będzie polegało albo na wycięciu całego chorego odcinka kątnicy i wstępnicy, o ile pozwoli na to stan chorego, albo na wytworzeniu przetoki wyrostkowej; wycinanie zdrowego wyrostka w tych przypadkach jest zupełnie bezcelowe.

Operacje na układzie nerwowym trzewnym u człowieka i wnioski stąd płynące. Pieri. *La Presse Méd. Nr. 74. wrzesień 1928.*

Autor miał sposobność wykonać w ciągu roku 1927 16 operacyj na układzie nerwowym trzewnym a mianowicie: 5 razy częściowe wycięcie zwojów współczulnych przykręgowych, 8 razy wycięcie nerwów trzewnych (pnia lub korzonków) i 3 razy wycięcie lewego nerwu błędnego ponad przeponą; wskazaniami do operacji były zaburzenia czynnościowo wydzielnicze żołądka i jelit, i wycięcie danego odcinka nerwu współczulnego lub też błędnego miało na celu wzmożenie napięcia antagonisty w tymże zakresie.

W przypadkach niedowładu żołądka (atonia) i jego niedomogi wydzielniczej stosował wycięcie zwojów współczulnych DVI, DVII i DVIII po stronie prawej, albo wycięcie pnia nerwu trzewnego większego lub jego korzonków na wysokości DVI, DVII i DVIII: poprawa czynnościowa ze strony żołądka była wyraźna i zdaje się, trwała (1½ roku) czego nie można było powiedzieć o jego stronie wydzielniczej (ilość soku żołądkowego nie zwiększała się) skąd wniosek autora, że na czynność wydzielniczą żołądka nerw współczuny nie zdaje się wywierać wpływu hamującego.

W przypadkach niedowładu kątnicy i wstępnicy (zaparcie uporczywe na tle czynnościowem) autor wycinał zwoje współczulne DX i DXI lub odpowiednie korzonki nerwu trzewnego mniejszego — poprawa następowała, ale nie była tak wyraźna jak w zaburzeniach żołądkowych.

W przypadkach nadczynności żołądka ruchowej i wydzielniczej (nadkwaśność) wykonywał wycięcie odcinka ponadprzeponowego lewego nerwu błędnego — otrzymywał stale zmniejszenie się perystaltyki żołądka i obniżenie się kwasoty.

U wszystkich chorych, nie ograniczając się do stwierdzenia poprawy klinicznie, wyniki pooperacyjne sprawdzano rentgenologicznie i chemicznie.

Zważywszy niewielką liczbę operowanych w ten sposób przypadków (16), autor uchyla się od wyciągania dalej idących wniosków klinicznych, a zwłaszcza leczniczych; tem nie mniej spostrzeżenia powyższe rzucają nieco światła na bynajmniej nie tak jasną jeszcze sprawę czynności układu nerwowego trzewnego.

Ostre zapalenie kości piętowej. Michon. *La Presse Méd, Nr. 76, wrzesień 1928.*

Ostre zapalenie szpiku kostnego rzadko umiejscawia się w małych kościach, tem nie mniej umiejscowienie to zasługuje na specjalną uwagę ze względu na wyjątkowo ciężki przebieg kliniczny schorzenia, uwarunkowany prawdopodobnie przez bardzo znaczną w tych razach żywotność drobnoustrojów.

W początkach choroby trudno jest nieraz zrobić właściwe rozpoznanie, ze względu na brak wyraźnych objawów miejscowych, ale z chwilą wystąpienia tychże — gwałtowne bóle (zwłaszcza w nocy) w okolicy pięty, obrzmienie, zaczerwienienie skóry, znaczna bolesność uciskowa — nie należy zwlekać ani chwili z rozległem wydłutowaniem kości piętowej, a następnie nie zrażać się tem, że nie znaleziono ogniska ropnego, gdyż wyjątkowo złośliwe w tych przypadkach drobnoustroje mają większą tendencję do wytworzenia stanów ogólnego zakażenia (septicemia), niż do sformowania ograniczonego ropnia. Rana pooperacyjna przez pierwsze kilka dni wydziela wyłącznie płyn surowiczokrwawy, po-

mimo to jednak objawy ogólne (gorączka) i miejscowe szybko ustępują, a dopiero piątego—szóstego dnia zjawia się w ranie wydzielina ropna. Dalszy przebieg niczem nie różni się od zwykłego przebiegu ostrego zapalenia szpiku kostnego o innem, typowem umiejscowieniu; zupełne wyleczenie otrzymuje się w ciągu 6 — 7 tygodni.

Stosowanie szczepionki Delbeta, będące podstawą leczenia ostrego zapalenia szpiku kostnego o zwykłem umiejscowieniu, jest wskazane również i w ostrem zapaleniu kości piętowej, tem nie mniej nie powinno ono upoważniać, z wyżej przytoczonych względów, do odwlekania chwili operacji chociażby o dzień.

Podwiązywanie większych pni tętniczych jako przyczyna powstających późno (po latach) bólów w zakresie danej kończyny. Leriche. *La Presse Méd, Nr. 77, wrzesień 1928.*

Punktem wyjścia dla niniejszej pracy posłużył spostrzegany przez autora przypadek chorego, któremu wskutek rany ramienia podwiązano tętnicę ramieniową w środkowej jej części; po dłuższym przeciągu czasu względnego zdrowia, kiedy już objętość mięśni danej kończyny — po okresie początkowego zaniku — wróciła, zdawałoby się, do wielkości prawidłowej i tętno stawało się wyczuwalne, chory zaczął odczuwać napady silnego bólu i drętwienia w mięśniach przedramienia, przy każdym wysiłku ze strony dłoni (chwycenie przedmiotu); bóle te ustępowały natychmiast po rozluźnieniu mięśni. Przy badaniu przedmiotowem chorego widać było, że kończyna chora jest tej samej objętości, co po stronie przeciwnej; ale wystarczyło ją unieść wysoko ku górze i ucisnąć mięśnie przedramienia, aby objętość ta zmniejszyła się wyraźnie, przyczem po opuszczeniu kończyny objętość wracała do swej wielkości poprzedniej.

Autor mechanizm powstawania tych bólów tłumaczy w sposób następujący: po podwiązaniu większego pnia tętniczego krążenie w danej kończynie wyrównywa się przy pomocy całego szeregu gałązek obocznych, tworzących gęstą sieć, przeważnie w sąsiednich mięśniach, i zamieniających je—w końcowym okresie swego rozwoju, kiedy krążenie jest już w znacznym stopniu wyrównane — jakby w gąbki wypełnione krwią; zrozumiałem jest następnie, że skurcz tych mięśni i w związku z tem ucisk na owe gałązki oboczne może wywołać ból i drętwienie tej części kończyny.

Ten ciekawy zespół bólowy jest w ścisłym związku z wyrównaniem krążenia w chorej kończynie i jako taki nie daje wskazań do jakiegokolwiek wkraczania ze strony lekarza. Proponowana nieraz w tych razach sympaticektomja — przez jeszcze znaczniejsze rozszerzenie naczyń obwodowych — mogłaby raczej zwiększyć dolegliwości chorego.

Ropnie i przetoki przyodbytnicze. Chiricesco. *La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1928.*

Autor uwagi swoje wypowiada na podstawie spostrzeganych przez siebie koło 800 tego rodzaju przypadków, z czego koło 300 przypada na ropnie, pozostałe — to przetoki. Ropnie bywały umiejscowione powierzchownie lub w dole kulszowoodbytniczym; u mężczyzn znacznie częściej spotykano te pierwsze, u kobiet raczej położone głęboko. Ropnie dołu kulszowoodbytniczego, które przebijały się samoistnie do światła odbytnicy, miały swój otwór wyjściowy zawsze na tylnej ścianie odbytnicy, w linji środkowej, co jest w związku z obecnością w tem miejscu (między mięśniem unoszącym odbyt — od góry, i zwieraczem odbytu powierzchownym — od dołu) luźnej tkanki łącznej, przechodzącej bezpośrednio w tkankę łączną dołu kulszowoodbytniczego.

Leczenie ropni powierzchownych nie przedstawia żadnych kwestji spornych — cięcie promieniste rozległe, sączkowanie rany gazą i utrzymywanie jej przez cały czas gojenia szeroko rozwartą, aby wypełniała się ziarniną od dna. W ropniach dołu kulszowoodbytniczego cięcie wykonywa się podłużne, w kierunku przedniotylnym; należy pamiętać o możliwości istnienia drugiego ropnia powyżej mięśnia unoszącego odbyt i ewentualnie otworzyć go poprzez ten mięsień.

Leczenie przetok jest zasadniczo różne zależnie od tego, czy mamy do czynienia z przetoką powierzchowną, przebiegającą wewnątrz zwieracza, czy też przebiegającą dalej od światła kiszki, poza zwieraczem (po ropniach kulszowoodbytniczych); w tym ostatnim przypadku, prowadząc cięcie, należy pamiętać o tem, aby chociaż część zwieracza (obwodową) możliwie oszczędzić, gdyż zupełne jego przecięcie może spowodować nietrzymanie wiatrów i płynnego stolca. W przypadkach przetok o ujściu wewnętrznem wysoko w odbytnicy — wogóle bardzo trudnych do leczenia ze względu na konieczność oszczędzania zwieracza — wykonano parokrotnie zabieg następujący, z wynikiem bardzo dobrym: z początku wycięto całkowicie ścianę przetoki aż do jej ujścia wewnętrznego, po tem zaś z cięcia na brzegu odbytu odwarstwiono śluzówkę od wewnętrznej powierzchni zwieracza, aż do miejsca powyżej górnego otworu przetoki, następnie cały jej płat poniżej tego otworu odcięto, a brzeg śluzówki zdrowej przyszyto do brzegu skóry odbytu.

Flora bakteryjna wtórnych zakażeń w raku szyjki macicznej. Grandclaude i Liégeois. *La Presse Méd. Nr. 80, październik 1928.*

Wtórne zakażenie raka szyjki macicznej, posuwające się stopniowo od powierzchni wgłąb, z następowem zajęciem całej macicy i przydatków, jest regułą; zakażenie to jest przyczyną częstej obecności wydzieliny ropnej cuchnącej i znacznego zakłócenia stanu ogólnego. Zwłaszcza w związku z zastosowaniem naświetlań leczniczych (najczęściej radowych) objawy miejscowe i ogólne zakażenia ulegają nieraz tak znacznemu nasileniu, że doprowadzają w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. Przyczyną tego bywa z jednej strony wzmożenie żywotności drobnoustrojów pod wpływem promieni radowych i jednoczesne zmniejszenie odporności tkanek, a z drugiej — cały szereg nieodzownych urazów szyjki macicznej (np. jej rozszerzanie) w związku z techniką naświetlań.

Autorowie przeprowadzili badania bakterjologiczne u 70 chorych, dotkniętych rakiem szyjki macicznej zakażonym; z pośród tlenowców wyosobnili oni: staphylococcus, tetragenes, bac. pseudodipht., bac. coli i strepto-enterococus; z pośród beztlenowców — streptococcus anaerob., bac. perfringens i bac. putrificus. Z tych wszystkich drobnoustrojów największą rolę w przebiegu zakażenia raka szyjki grają: streptoenterococcus i streptococcus anaerob.

a zwłaszcza ten ostatni znajdywano stale u chorych ze stanem ciężkiego zakażenia ogólnego.

Jakkolwiek badania te są dalekie jeszcze od zupełnego zakończenia i zawcześnie jest jeszcze na ostateczne wnioski, tem nie mniej już teraz jasnem się staje, że dokładne badania bakterjologiczne w raku szyjki macicznej mogą mieć duże znaczenie dla profilaktyki zakażeń, i pozostających w związku z nimi tak ciężkich nieraz stanów ogólnego zakażenia.

Cięcie poprzeczne brzucha przy laparotomjach. Faure. *La Presse Méd. Nr. 81, październik 1928.*

Zwolennicy tego cięcia przytaczają jako dwie jego zasadnicze cechy dodatnie — dobry zrost i w związku z tem następową odporność blizny na wpływy mechaniczne, a następnie jej wygląd estetyczny. Autor jednak, który raczej jest przeciwnikiem tego cięcia, podkreśla, że dobry zrost i mocną bliznę otrzymuje się z reguły i po cięciach podłużnych; a co do względów estetycznych — to odpowiada im wyłącznie cięcie poprzeczne umiejscowione nisko, w skórze pokrytej włosem, poprowadzone zaś wysoko, bliżej pępka, daje naogół bliznę wstrętną, przewężającą brzuch w kształcie głębokiej brózdy, której górny brzeg zwisa ku dołowi.

Następnie na duże trudności natrafia się przy cięciu poprzecznem, o ile zachodzi potrzeba rozległego sączkowania jamy brzusznej (worek Mikulicza), trzeba wówczas zwykle sączkować oddzielnie tkanką podskórną przez otwór w skórze powyżej spojenia. W przypadku, kiedy operujący po otwarciu jamy brzusznej spotyka bardzo trudne warunki, cięcie poprzeczne, poprowadzone nizko, sytuację jeszcze bardziej utrudnia, jeżeli wogóle nie uniemożliwi wykonanie zabiegu.

Jednem słowem, stosowanie cięcia poprzecznego ograniczyć by należało wyłącznie do przypadków przypuszczalnie zupełnie łatwych technicznie i nieskomplikowanych, a do tego u młodych panien, bardzo dbałych o nieskazitelność swego brzucha. We wszystkich pozostałych przypadkach cięcia tego należy zaniechać, w myśl dewizy, że chirurg przy wykonywaniu operacji powinien się przedewszystkiem kierować zasadą prostoty, łatwości wykonania i pewności co do wyników ostatecznych zabiegu, inne względy odkładając na bok.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO i CHOROBY KOBIECE.

Znieczulenie pozaoponowe (krzyżowe) w położnictwie. Daleas P., Galy-Gasparron. *Gynécologie et Obstétrique T. XVIII, Nr. 1.*

Znieczulenie pozaoponowe jest stosowane w klinice położniczej Uniwersytetu w Tuluzie (dyrektor prof. *Audebert*) od dwu lat. Na zasadzie doświadczenia z tej kliniki omawiają autorowie znieczulenie pozaoponowe, uważając je za zupełnie bezpieczne, co upoważnia do szerokiego stosowania tej metody.

Po przypomnieniu stosunków anatomicznych okolicy kości krzyżowej, w której wykonywuje się znieczulenie, autorowie omawiają dokładnie technikę injekcji. Do znieczulenia używają oni 2°/₀ rozczynu novocainy, łącząc przed samym zabiegiem dwie ampułki o składzie:

I ampułka	Natr. bicarb.	0,15
	Natr. chlorat.	0,10
	Aqua destyl.	20.0
II ampuł.	Novocaini	0,60
	Aq. destyl.	10,0
	lub	
I ampułka	Natr. bicarb.	0,15
	Natr. chlorat.	0,10
	Aqua destyl.	30,0
II ampuł.	Novocaini	0,60

Jak widać z recepty novocaina przechowuje się oddzielnie od składników pozostałych, a to dlatego, że w rozczynie zasadowym ulega ona prędzej rozkładowi i traci własności znieczulające. Zazwyczaj autorowie używają 30 cm³ wyżej wymienionego płynu znieczulającego. Chora leży na boku z udami mocno przygiętemi do brzucha, z kręgosłupem wygiętym ku dołowi. Igłę z mandrynem wbija się pomiędzy różki kości krzyżowej zaznaczone przez dwa palce ręki lewej, poczem obniżając nieco nasadę ku odbytowi przechodzi się ostrożnie i delikatnie przez lig. sacrococcygeum; w przypadkach, gdzie trafia się na trudności w tym momencie należy, nie zwiększając siły ukłucia, poszukać przejścia posuwając koniec igły w linji środkowej z góry do dołu. Natychmiast po przebiciu lig. sacrococcygeum należy zmienić kierunek posuwając ją wzdłuż łukowatego przebiegu kanału krzyżowego, to znaczy prawie równolegle do powierzchni tylnej kości krzyżowej. Posuwając się, ku górze należy ciągle, wykonywując drobne ruchy na boki, upewniać się, że igła rzeczywiście znajduje się w kanale krzyżowym. Z chwilą, kiedy igła zagłębiona jest o 3—4 najwyżej 5 cm., należy wyciągnąć mandryn. Teraz jeśli przez igłę nie wydziela się ani płyn mózgowo-rdzeniowy (przebity stożek opony) ani krew (przebita żyła leżącego tu splotu) można wprowadzić ostrożnie, nie pokonywując oporów, płyn znieczulający ze strzykawki, upewniwszy się uprzednio wciągnięciem tłoku, że krew nie dostała się do igły.

Teraz następuje po kilku minutach znieczulenie okolicy krocza, sromu, pochwy i części pochwowej. Mięśnie krocza wyraźnie rozluźniają się wraz z mięśniem dźwigaczem odbytu. Znieczulenie pozaoponowe nie wpływa zupełnie na skurcze macicy, nie zmniejszając zresztą prawie ich bolesności; nie wpływa ono również na stan ogólny rodzącej, zresztą pod warunkiem, że injekcja wykonana jest bardzo powoli. To też nie jest przeciwskazaniem dla tego znieczulenia ani stan wycieńczenia, ani shock, ani zatrucie, ani niedokrwistość. Wskazanem omawiane znieczulenie będzie tam, gdzie operujemy na kroczu, sromie, pochwie lub części pochwowej (kleszcze, pomoc ręczna przy położeniu pośladkowem, wydobycie ręczne płodu, szycie krocza lub jego plastyka i t. p.) Natomiast w porodzie prawidłowym znieczulenie krzyżowe nie jest wskazane, gdyż jakkolwiek nie wpływa na skurcze macicy, znosi potrzebę parcia, na skutek braku bolesności ze strony pochwy i krocza w okresie II. Przeciwwskazaniem jest nadmierne obkurczenie macicy, którego znieczulenie pozaoponowe nie znosi, a niekiedy może powiększyć. Stosowanie wtórne innych sposobów znieczulenia dodatkowo jest po znieczuleniu krzyżowem zawsze dopuszczalne.

Szycie krocza natychmiastowe pierwotne i wtórne. G. Muller. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 6.*

Autor poleca przy szyciu krocza natychmiast po porodzie techniką szwu trzypiętrowego (oddzielne zespolenie śluzówki pochwy, mięśni i skóry). Technika używana jeszcze niekiedy dotychczas, a polegająca na łączeniu powierzchni przyrannych zapomocą pojedyńczych szwów przechodzących przez skórę i przez całą grubość krocza ma między innemi tę wadę, że po nitce przechodzącej przez skórę wchodzą z niej wgłąb drobnoustroje ropotwórcze.

W przypadkach kiedy pęknięte krocze rozeszło się po szyciu lub wogóle nie było szyte autor poleca szycie t. zw. natychmiastowe wtórne, to znaczy nie wyczekując końca wczesnego połogu, lecz natychmiast jak zniknie z powierzchni rany nalot, ustępując miejsca ziarninie, a podniesiona uprzednio ciepłota spadnie do normalnego poziomu i utrzymuje się na nim przez parę dni. Po przepłukaniu pochwy rozczynem lyzoformu, i po oczyszczeniu pola operacyjnego spirytusem, autor odświeża tylko brzegi skóry, wycinając je skalpelem i łączy powierzchnie ranne w ten sam sposób, jak bezpośrednio po porodzie.

Podobnie postępuje autor w przypadkach pęknięcia III stopnia; przed zeszyciem kiszki cienkim jedwabiem oddziela on jej ścianę od tylnej ściany pochwy kilkoma cięciami nożyczek; zwieracz łączy 2 szwami wezełkowemi katgutowemi.

Przypadków zeszycia krocza III stopnia wtórnie w kilka dni po porodzie autor miał 4-y. Trzy z nich zagoiły się per primam intentionem; ostatni szyty był 4-ro krotnie; dwa razy przez innego lekarza na mieście i dwa razy przez autora w krótkich odstępach czasu. Ostatecznie jednak krocze zrosło się dobrze. Autor zwraca uwagę, że obawa przed zakażeniem przy tego rodzaju postępowaniu jest płonna, gdyż tkanki krocza są w tym okresie bardziej odporne niż zwykle na zakażenie z powodu świeżo przebytego zapalnego stanu, nabywając dzięki niemu wzmożonej odporności.

W sprawie leczenia operacyjnego ciąży brzusznej. Odorico Viana. *Gynecologie et Obstetrique T. XVIII. Nr. 1.*

W swym dyskusyjnym artykule autor przypomina w związku z pracą *Jeanneney i Villar* (Gynekologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 3), że myśl pozostawienia łożyska w jamie brzusznej, zeszytej bez drenowania po operacji z powodu ciąży brzusznej w ostatnich jej miesiącach, powziął pierwszy prof. *Paolo Negri* w r. 1885. Chora wyszła po owej operacji na 20-ty dzień, wyleczona. Podobnie postępowali: *Rongaglia* w 1893 r. i *Bertazzoli* w 1896 r., wydobywając żywy płód i obcinając pępowinę przy samem łożysku.

Obydwie te operacje uwieńczone zostały całkowitym powodzeniem: chore wyszły do domu zdrowe, a jedna z nich (Bertazzol'ego) wróciła do kliniki po $1^3/_4$ roku z prawidłową ciążą wewnątrzmaciczną donoszoną. Autor podkreśla raz jeszcze, że zasługa *Negri* jest nie to, że pozostawił łożysko, lecz że zdecydował się zamknąć brzuch, nie narażając chorej na długie i przykre wyropienie łożyska przez otwór w ranie brzusznej.

Encephalitis epidemica a ciąża. Garipuy R., Meriel P. (Tuluza). *Gynécologie et Obstétrique. T. XVIII. Nr. 1.*

W związku z obserwowanym przez się przypadkiem, w którym dwukrotna ciąża u osoby chorej na encephalitis lethargica wywoływała za każdym razem pogorszenie zasadniczej choroby, autorowie wypowiadają zdanie, zresztą powszechnie przyjęte, że ciąża wpływa pogarszająco na omawiane schorzenie nerwowe. Odwrotnie, nie stwierdzono wpływu encephalitis epidemica ani na ciążę, ani na płód. Zresztą co do tego ostatniego istnieje zdanie nieco rozbieżne.

Wymioty ciężarnych; ich leczenie unieczulające. Levy-Solal, Delsace J., Cohen-Solal. *Gynecologie et Obstetrique, T. XVIII. Nr. 1.*

Autorowie widzą w wymiotach niepowściągliwych kobiet ciężarnych objaw shock'u (anafilaktycznego). Wychodząc z tego założenia próbowali oni działać leczniczo zapomocą injekcji śródskórnych wyciągów łożyska. W dalszych badaniach okazało się, że wyciągi łożyska glicerynowe są bardzo niestałe; zmienne w działaniu. Wobec tego autorowie przeszli do preparatu nieswoistego, a mianowicie do peptonu Witte'go. Białko to w wodnym 50% rozczynie wprowadzali śródskórnie w ilości 1/10 $cm.^3$ pierwszego dnia, 2/10 — drugiego i po 3/10 cm^3 od trzeciego dnia poczynając, aż do dnia dwudziestego, nie przerywając leczenia w momencie ustania wymiotów, lecz prowadząc je zawsze przez dni dwadzieścia, aby uzyskać stałe unieczulenie. W czasie omawianego leczenia nie podawali autorowie żadnych innych środków leczniczych, nie starając się nawet działać na drodze izolacji: umyślnie łączyli ciężarne wymiotujące do wspólnych pokoi, co mogło tylko pogarszająco wpłynąć na przebieg choroby. W wyniku uzyskali u wszystkich chorych zupełne i trwałe wyleczenie, pomimo iż stan ogólny wszystkich tych chorych był poważnie zagrożony, (znaczny spadek wagi, w moczu aceton, urobilina, białko, tętno przyspieszone, niskie ciśnienie krwi i t. d.)

Przyczynek do badań nad odtworzeniem cewki moczowej u kobiety. Markoff. *Gynécologie et Obstét'ique T. XVIII N. 1.*

Omówiwszy na wstępie metody operacyjne Kakuszkina, Gubarewa i Bumma, autor opisuje swój sposób postępowania operacyjnego w przypadku całkowitego zniszczenia cewki moczowej i dużej przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej w czasie porodu operacyjnego. Technika M. była następująca: odpreparowanie pęcherza ze zrostów, zwłaszcza przedniej ściany aż do cavum Retzii ku górze; ściągnięcie przedniej ściany pęcherza ku dołowi; nacięcie tkanki sromu tuż pod łechtaczką; przebicie na tępo w tym miejscu ściany pęcherza kleszczykami Kochera i wyciągnięcie za pomocą tegoż narzędzia brzegu ściany na zewnątrz; przyszycie tego brzegu do ujścia zewnętrznego świeżo wytworzonej cewki; zeszycie przetoki w sposób typowy; założenie cewnika na komorнem. Wygląd zewnętrzny sromu po operacji różni się od prawidłowego tym tylko, że sztuczna cewka moczowa umieszczona jest wyżej niż ujście dawnej zniszczonej cewki. Po trzech dniach kateter wypadł przypadkiem, więcej nie był zakładany, a rana zgoiła się dobrze. Nastąpiło wyleczenie. potwierdzone oględzinami chorej w 5 mie-

sięcy po operacji. Stwierdzono wówczas jedynie, że cewka została jakby wciągnięta ku górze co zresztą nie wpłynęło na czynność pęcherza.

Pragnąc objaśnić anatomicznie tak znakomity wynik operacyjny (chora może utrzymywać mocz do 8 godz. w nocy) autor przypomina, że cewka kobieca posiada dwa systemy zwieraczy: pierwszy— to mięśnie okrężne gładkie, które w okolicy szyjki pęcherza dają zgrubienie t. zn. zwieracz wewnętrzny; drugi to włókna mięśnia głębokiego poprzecznego dna macicy i częściowe pęczki dźwigacza odbytu tworzące łącznie t. zw. zwieracz prążkowany, inaczej zwieracz zewnętrzny. Ten to mianowicie drugi zwieracz wyzyskuje autor w swem operacyjnem postępowaniu przeciągając załamek ściany pęcherza przez sztucznie utworzony otwór w mięśniu poprzecznym głębokim dnie miednicy i to koniecznie w jego części nienaruszonej, to znaczy ponad dawnym otworem cewki, obecnie zniszczonej. Przebijanie otworu w okolicy, gdzie uprzednio przebiegała cewka jest skazane na niepowodzenie, gdyż w miejscu tym mięsień wyż. wspomniany jest zniszczony. Stąd niepowodzenia częściowe lub całkowite autorów wspomnianych w początku artykułu. Jedyną zauważoną przez M. wadą jego postępowania operacyjnego jest skłonność do wciągania wytworzonej cewki wgłąb.

Jest to skutkiem rozciągania się ścian pęcherza przy jego wypełnieniu. O ile wciąganie to nie przekroczy miejsca przyczepu do mięśnia — nie ma ono większego znaczenia.

Skręt osiowy macicy, spowodowany przez guzy przydatków. Desbonnets G., Lohéac P. *Gynécologie et Obstétrique t. XVII I nr. 1.*

Przypadek autorów jest 44-ym znanym w piśmiennictwie przypadkiem skrętu osiowego macicy, spowodowanego przez guzy przydatków.

Odnosi się on do kobiety 62-letniej, która przed 18-laty przeszła wycięcie torbieli sutka lewego (bez nawrotów). Od 3-ch lat miewa napady ostrych bólów w dole brzucha, trwających przez jeden dzień zazwyczaj; zauważyła również, że od pewnego czasu brzuch stał się bardziej twardy. Wreszcie ostry napad, który wystąpił na 2 dni przed przybyciem do szpitala, był bodźcem ostatecznym do zwrócenia się do lekarzy. Rozpoznano skręt torbieli i przystąpiono natychmiast do operacji, podczas której stwierdzono cystis parovarii dextri rozwijającej się międzywięzadłowo od przodu. Torbiel ta odpychając macicę była powodem skrętu tej ostatniej prawie o 180° od strony lewej ku prawej, tak iż powierzchnia tylna macicy była teraz powierzchnią przednią. Przydatki poza wspomnianym guzem bez wybitniejszych zmian. Odcięto macicę nadpochwowo wraz z przydatkami. Chora opuściła szpital zdrowa po 14-dniach pobytu.

Zastanawiając się nad patogenezą skrętów macicy autorowie dzielą je na dwie grupy: w pierwszej mieszczą się przypadki, gdzie powodem skrętu był guz uszypułowany (tu skręt macicy nastąpić może dopiero po silnym skręcie szypuły guza); w drugiej te — gdzie guzy mocno zwinięte bezpośrednio lub krótką szypułą skręcały macicę przy nieskręconej szypule własnej. Do tej ostatniej grupy należał przypadek autorów, stanowiąc wyjątek wśród przypadków torbieli przyjajnika, gdyż te ostatnie zazwyczaj są guzami uszypułowanemi i działaniem swem zbliżają się do grupy pierwszej. Skutkiem skrętu macicy bywa zanikanie włókien mięsnych w okolicy cieśni macicy, na których miejsce pojawiają się włókna tkanki łącznej. Niekiedy światło szyji ulega zamknięciu, co powoduje wypełnienie macicy krwią miesiączkową. W ścianie i na śluzówce macicy widać objawy przekrwienia biernego. Objawy kliniczne w zasadzie nie różnią się od objawów skrętu guzów jajnikowych. Rozpoznanie bywa niekiedy bardzo trudne. Objawami pomocniczemi są: 1) niedrożność szyji, stwierdzalna zgłębnikowaniem; 2) brak krwawień miesiączkowych u kobiet młodych; 3) niezwykłe umiejscowienie przydatków; 4) utrudnienie w oddawaniu moczu. Leczenie winno polegać na zabiegu operacyjnym, który jedna w miarę możności winien być wykonany w okresie uspokojenia po ostrych objawach.

Przyczynek do badań nad mięsakiem pochwy kobiety dorosłej. Basset A., Guerin P. *Gynecologie et Obstetrique T. XVIII Nr. 1.*

Powodem do pracy autorów był następujący przypadek. Osoba 44-letnia zgłosiła z powodu zauważonej przez nią samą wyniosłości w pochwie. Chora skarży się na nieznaczne utrudnienie przy stosunkach i na uczucie ciążenia w okolicy odbytnicy. Badanie stwierdziło w połowie wysokości tylnej ściany pochwy guz dość twardy, ograniczony, nieregularnie guzowaty. Guz ten wystercza płasko, tak do pochwy, jak do kiszki prostej, zajmując na poprzek całą szerokość przegrody odbytniczo - pochwowej, a w kierunku strzałkowym nie dochodząc ani do sklepienia tylnego ku górze, ani do brzegu pochwy ku dołowi. Śluzówka tak pochwy, jak odbytnicy ruchoma na tym guzie, zmian patologicznych nie wykazuje.

Zabieg operacyjny wykonany w końcu stycznia 1925 r. polegał na ściągnięciu guza ku dołowi za pomocą dwu palców wprowadzonych przez odbytnicę, aż do górnego bieguna nowotworu; następnie na wyłuszczeniu tegoż częściowo na tępo, częściowo na ostro, operując przy tem od strony pochwy i usuwając tkankę aż do śluzówki odbytnicy, z początku nożyczkami a na końcu łyżeczką. Ranę zeszyto. Zagojenie przez rychłozrost. W początku marca dwukrotne założenie radu w dawce 10 millicurie 80 za pierwszym i 4 millicurie 66 — za drugim razem. Pacjentka cieszy się zdrowiem, jakkolwiek upłynęło już od czasu operacji dwa lata. Badanie anatomopatologiczne wykazało budowę typową dla mięsaka okrągłokomórkowego t. zw. Sarcoma lymphoblasticum.

Na tle opisanego wyżej przypadku autorowie przypominają zasadnicze cechy omawianego schorzenia. Anatomicznie istnieje dwie postaci: ograniczona i naciekająca. Częstszą jest postać pierwsza i do niej należy przypadek autorów. Podkreślić należy, że wbrew przyjętemu poglądowi śluzówka pochwa zostaje dość szybko wciągnięta w zachorzenie, co daje w następstwie nieregularne krwawienia. Rokowanie schorzenia fatalne, trwanie przeciętnie od 2 miesięcy do 2 lat. Rozpoznanie bywa niekiedy bardzo trudne. Nawet stwierdzenie guza w pochwie nie jest jeszcze wyjaśnieniem sprawy, gdyż może on być tak natury zapalnej jak nowotworowej i to dobrotliwej czy złośliwej. Zazwyczaj autorzy różniczkują pomiędzy mięśniakiem pochwy, a guzem złośliwym. Decyzję ostateczną przynosi dopiero badanie mikroskopowe

wycinka. Leczenie w przypadkach mięsaka pochwy winno być przedewszystkiem operacyjne. Autorowie dawniejsi poprzestawali na niem, B. i G. z naciskiem żądają stosowania dodatkowo po operacji leczenia energją promienną, jak w ich przypadku radem, powołując się na dobry wynik wyżej przedstawiony. Zwracają też oni uwagę, że zwłaszcza mięsaki typu lymfoidalnego poddają się najlepiej actinoterapji.

Rozpoznanie mięśniaków podśluzowych zapomocą hysterografji. Vidakovitch S., Smokvina M. *Gynecologie et Obstetrique t. XVII, nr. 6.*

Autorowie przytaczają 7 przypadków włókniaków podśluzowych, rozpoznanych dzięki zastosowaniu badania rentgenowskiego, po wypełnieniu jamy macicy lipjodolem. Artykuł ilustrowany jest przezroczami i szkicami z preparatów anatomicznych, udawadniającemi słuszność rozpoznania.

Autorowie uważają omawianą metodę za ścisłą, łatwą i bezpieczną, a to ostatnie na zasadzie 150 przeszło badań rentgenowskich macicy i trąbek.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA i NOSA.

Śmierć nagła u osesków, operowanych z powodu Mastoiditis z ropniem okostnowym. Canuyt G. *Archir. internat. de laryngologie., T. VII. Nr. 3. marzec 1928.*

Autor dochodzi do wniosku na zasadzie ankiet, obserwacji i statystyki, że u osesków z mastoiditis i ropniem periostalnym jest antrotomia przeciwskazaną. Należy się ograniczyć do starego cięcia m. Wilde. Autor otrzymał 100% pełnych wyleczeń bez przetoki w 25 przypadkach operowanych tą metodą, podczas gdy dawniej, stosując antrotomię, doczekał się szeregu nagłych zejść wśród objawów hypertermii i zapadu. Przyczyna nagłej śmierci nie jest jasną. Prawdopodobnie działa tu wstrząs toksyczny z następową błyskawiczną posocznicą (septicemie suraiguë). Również i narkoza działa szkoliwie. Autor przy nacięciu stosuje wyłącznie miejscowo chlorek etylu.

Wielkie etapy otolaryngologii. Collet. M. *j.w. N. 5. kwiecień 1928.*

Wykład inauguracyjny o szerokim rozmachu i specyficznie gallickiej lekkości, połączonej z ścisłością i erudycją, lektura dająca lekarzowi w równej mierze korzyść i zadowolenie estetyczne. W pewnej części, traktującej o rozwoju laryngologji musi nas szczególnie interesować podkreślenie zasług *Herynga* około patologii gruźlicy krtani, a *Pieniążka* około tracheobronchoskopii dolnej, operacyjnej i inspekcyjnej, jakoteż około badań nad twardzielą. W części drugiej omówione są drogi rozwoju otologii, w zakończeniu wykazuje autor, jak poszczególne działy otolaryngologii oddzielają się od macierzystego pnia medycyny ogólnej, by później znowu zmierzać do powrotnego zespolenia się z nią.

Promienie pozafiołkowe (:p) w głębi jam nosa, gardła i krtani (: j. n. g. i k.). Poret. A. *j. w.*

Obszerna (:46 stron) i b. gruntowna praca, omawiająca 1) własności ogólne p. i ich wpływ na organizm, 2) ogólne zasady zastosowania tz. elektrod kwarcowych do naświetlania j. n. g. i k. zapomocą p., 3) kliniczne wyniki naświetlań w całym szeregu schorzeń jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu: (rhinitis, ozaena, lupus, eczema auris externae, otitis media purulenta, tbc. laryngis), dalej przy źle gojących się ranach owrzodzeniach i przetokach, zwłaszcza po operacjach wyrostka sutkowego, 4) sprawę t. z. aktinologji pośredniej. Szereg historji chorób objaśnia część kliniczną. W sprawie elektrod kwarcowych do naświetlań głębokich w j. n. g. i k., mało znanej praktykom, należy wyjąć z pracy nast. szczegóły; Próby zastosowania p. w j. n. g. i k. rozbijały się o to, że przy odbitem zapomocą luster świetle większa część energji szła na marne, że bezpośrednie stosowanie, zwł. w krtani, powoduje duże niedogodności dla pacjenta i komplikację metody, jakoteż zbyt wielką utratę energji na odgałęzieniach generatorów, o ile używano prądu stałego lub powszechnie stosowanego zmiennego, wreszcie przedewszystkiem z powodu nadmiernego ogrzewania się generatorów. Dopiero zastosowanie prądów wysokoczęstotliwych do odpowiednio zmodelowanych elektrod kwarcowych jednobiegunowych usunęło przy wysoko posuniętym rozwoju techniki wszystkie wymienione trudności. Praktyczne modele podali *Heyninx i Leroux Robert*, a wykonała je firma Gallois z Lyonu, wytwarzając osobne elektrody dla 1) jamy ust i gardła, 2) dla krtani fizjologicznej, 2) dla krtani zwężonej 3) dla jamy nosogardłowej. 4) dla jamy nosa, 5) dla ucha. Zajmującymi są podane wyniki badań nad wręcz przeciwnem działaniem małych i dużych dawek p.. Gdy n. p. pierwsze — działając pobudzająco na czynności biologiczne komórek — przyśpieszają proces bliznowacenia i epitelizacji, drugie działają — hamując te czynności — odwrotnie. Jest jasnem, jak ważnymi są te fakty dla dawkowania p. Objaśnia to również pewne zjawisko z dziedziny aktinologji pośredniej. Dotyczy ono działania pewnych poddanych uprzedniemu naświetleniu przetworów (leków) w sposób podobny jak p. przyczem jednakże jest godnem uwagi, że pewne już gotowe przetwory jak n.p. tran, działają jakby już były naświetlane, i to małemi dawkami t. j. pobudzającemi. Objaśnienie tego faktu wydaje się, gdyby nie było popartem szeregiem ścisłych doświadczeń i spostrzeżeń, wręcz fantastycznem. I tak tran wieloryba ma zawdzięczać swoje działanie powstaniu z tłuszczu pożeranych przezeń małych ryb karmiących się za życia planktonem powierzchni mórz, pochłaniającym mnóstwo energji p.. Otóż jeżeli tran wystawiony jest na działanie silnych p., wówczas traci on swe działanie biochemiczne pobudzające, podobnie jak tracą je silne dawki p.

Promienie pozafiołkowe w otorhinolaryngologji. Worms-Bolotte. *j. w.*

Praca ta wychodzi z podobnych założeń jak praca analogiczna *Borela* w tymże zeszycie Archives, kładzie jednak większy nacisk na omówienie strony techniczno-praktycznej, co ułatwia szereg rycin, przedstawiających zastosowanie przyrządów. W ten sposób obie prace uzupełniają się wzajemnie, dając czytelnikowi instruktywną całość. Powtarzanie się

pewnych szczegółów w obu pracach jest oczywiście nieuniknione.

Adenoidy (A) i adenopatia tracheobronchialna gruźlicze (Atr) u dzieci. Bernstein. S. *j. w. T. VII, N. 5. maj 1928.*

Częsta koincydencja A. i Atr., jakkolwiek niezupełnie dotąd w swych przyczynach wyjaśniona, tłomaczy poniekąd niektóre niepowodzenia adenotomji i powikłania po tym zabiegu, daje również wskazówki co do konieczności śledzenia chorych z adenopatją w każdym wypadku adenoidów, jakoteż co do uprzedniego wyleczenia względem unieczynnienia Atr. przed przystąpieniem do adenotomji w celu uchronienia się przed przykremi niespodziankami. Autor wysnuwa swoje wnioski z liczby 1600 przypadków postrzeganej rzeczonej koincydencji, omawia również szczegóły rozpoznania Atr., napotykającej nieraz na trudności. Pozatem omawia autor teorję powstania Atr., przychylając się w tym względzie do zapatrywań *Wodzilki* Zdaniem autora jest przerost migdałka trzeciego przeważnie wyrazem nieswoistego odczynu na hyperfunkcję obronną, co też tłomaczy jego inwolucję w miarę osiągniętej z wiekiem allergji. Adenoidy stwarzają wskutek nieprawidłowego oddechania — jedynie predyspozycję gruczołów śródpiersiowych do zakażenia. Główna przyczyna częstej Atr. tkwi w tym fakcie, że gruczoły śródpiersiowe są najbardziej centralną stacją wszelakich dróg chłonnych całego organizmu: le coeur lymphatique. Dopiero zakażone gr. śródpiersiowe stają się następowo źródłem dalszych ognisk zakaźnych wtórnych na etapach zarówno bliższych (płuca), jak i dalszych.

A. Schwarcbart.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Cholesterynemja u kiłowych. Gavrila i Hanganutz. *Cpt. rend. des seances de la Soc. de Biol. T. 98, 1928.*

Autorowie badali zawartość cholesteryny we krwi u 157 kiłowych; odczyn Wassermana u wszystkich chorych był dodatni, Ilość cholesteryny we wszystkich przypadkach była zwiększona — 1.5 — 4.45 pro mille. Liczby najwyższe spostrzeżono w 2 przypadkach, w których jednocześnie istniało zapalenie nerek. Naogół u chorych, u których kiła dłużej trwa—liczby były wyższe; natomiast u osobników z kiłą wczesną ilość cholesteryny nie przekraczała 1.4 na litr.

Les crises radiculaires du tabés. Dujardin. *Ann. des malad. vénér. Nr. 12, 1927.*

Autor tłomaczy w omawianym artykule swój własny pogląd na pochodzenie bólów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia. Zdaniem autora nie są to bóle wywołane procesem kiłowym w rdzeniu lub korzonkach, dowodem tego jest częsty fakt obecności tych bólów u chorych z prawidłowem płynem mózgowo-rdzeniowym, a zatem u osobników, u których czynny proces swoisty minął.

Zdaniem autora omawiane bóle tłomaczyć należy niewydolnością nerek i wątroby; niewydolność tę udaje się stwierdzić w każdym przypadku wiądu rdzenia, prowadzi ona do zatrzymania w ustroju substancji toksycznych, na które rdzeń chorych na wiąd jest bardzo wrażliwy. Autor spostrzegał dużo przypadków wiądu rdzenia i zapalenia nerek, w których udało się spostrzec niewątpliwy związek pomiędzy pogorszeniem stanu nerek i występowaniem bólów, Leczenie powinno dążyć do „desintoksykacji" chorych.

Postaci kliniczne gonokokowego zapalenia stawu biodrowego. Langeron i Delcour. *Presse méd. Nr. 6, 1928.*

Autorowie opisują własny przypadek omawianego schorzenia; podkreślić należy bezskuteczność szczepionek w tym przypadku oraz dobry wynik autohemoterapji.

Autorzy odróżniają następujące postacie zapalenia rzeżączkowego stawu biodrowego: a) postać wczesna — występuje podczas trwania ostrej rzeżączki cewki, b) postać późna — 5, 10 a nawet 20 lat po zakażeniu, c) postać nawracająca, nawroty mogą mieć przebieg ostry lub podostry, są one wywołane zazwyczaj nadużyciami in Baccho et in Venere, często spostrzega się je w przypadkach rzeżączki przewlekłej.

Anatomicznie odróżniać należy a) zwykłe synoviitis, b) synoviitis z wysiękiem, c) postać kostnochrząstkową, d) osteo-arthritis. Wobec tego że nie znane są nam cechy charakterystyczne (kliniczne) rzeżączkowych zapaleń stawów — rozstrzyga obraz rentgenowski, który jest charakterystyczny przez istniejące zmiany kostne — epifizarna osteoporoza, zamazane kontury kostne, odwapnienia ogniskowe.

W każdym ostrym przypadku zapalenia jednego stawu należy myśleć o zapaleniu tryprowem.

Z powikłań wymienić należy — zwichnięcie i ankilozę w częstych przypadkach, jako zabiegi lecznicze stosować należy wyciąg i wczesne uruchomienie.

Uczulenie w przebiegu wyprysku. Jausion, Lenégre, Vendel. *Bull. de la soc. Fr. de Derm. et de Syph. Nr. 2, 1928.*

Autorzy przytaczają szereg przypadków wyprysku w których udało się stwierdzić czynnik przyczynowy; najczęściej były to rozmaite chemikalja — barwiki anilinowe, paraphenylendiamina, mydło, emetyna itd. Chorych udało się uleczyć przez podskórne podawanie odpowiedniego antigenu. Najczęściej jednak nie udaje się wykryć swoistego antigenu, dla tego też lekarz musi zastosować metody nieswoistej desenzybilizacji, we wszystkich tych metodach osiąga się cel przez wywarcie wpływu na układ nerwowowegetetatywny. Ze środków farmakologicznych działających w tym kierunku polecają autorzy dożylne stosowanie następującego środka: Natr. tiosulfat 2.0 + Natr. chlor. 0.75 + Natr. brom. 0.15 + Aq. dest. 10.0.

O eozynofilji w przebiegu chorób pęcherzowych, a zwłaszcza w chorobie Duhringa. Eliaschef Olga. *Le Sang. Nr. 1, 1928.*

Z 17 przypadków choroby *Duhringa* w 8 była eozynofilja we krwi i w treści pęcherzy, trzy razy tylko w pęcherzykach, 2 razy we krwi, w 4 przypadkach eozynofilji nie stwierdzono. Eozynofilja jest zatem objawem częstym, lecz nie ma rozstrzygającego znaczenia djagnostycznego, są bowiem przypadki choroby *Duhringa* przebiegające bez eozynofilji. Naogół eozynofilja ma pewne znaczenie prognostyczne, ponieważ w miarę polepszania stanu zdrowia chorych zmniejsza się i eozynofilja.

Półpasiec i ospa wietrzna. Milian. *Rev. franc. de derm. el de vener. N. 5. 1927.*

Autor spostrzegał chorą na półpasiec (zoster), która przebywała w towarzystwie 6 miesięcznego dziecka; dziecko to zachorowało na ospę wietrzną; autor sądzi, że spostrzeżenie to przemawia na korzyść identyczności tych dwuch hipotetycznych zarazków.

Łuszczyca i tuberkulidy. Maruron i Huet. *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph. Nr. 2. 1928.*

Autorowie przedstawiają 20-letnią chorą, u której od 11 lat występują wykwity łuszczycowe. Obecnie na podudziach u tej chorej spostrzeżono obecność ciastowatych zgrubień tkanki podskórnej; autorzy oceniają te nacieki jako tuberkulidy, zaliczając je do grupy lup. pernio.

Maść przeciwko łuszczycy. Veyrièle. *Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syph. Nr. 3, 1928.*

Autor poleca stosowanie maści siarkowej o następującym składzie: Tłuszczu 40,0, wosku 25,0. siarczan potasu 25,0

Przypadek choroby Pageta z udziałem kanalików mlecznych. Milian. *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syp. Nr. 6. R33.*

Autor opisuje przypadek choroby *Pageta*, w którym badanie histologiczne wykazało obecność „komórek" *Pageta* w kanalikach mlecznych. *Milian* porusza znany spór o pochodzeniu choroby *Pageta* na sutku. Jak wiadomo *Pautrier* i *Masson* sądzą, że zmiany skórne są przerzutem raka gruczołu mlecznego i że zawsze początek choroby ma miejsce w przewodach mlecznych; nowotworowe komórki dzięki chorobowemu bujaniu dochodzą do naskórka, *Darier* stoi na punkcie widzenia odmiennym, wedle niego spostrzeżenia kliniczne świadczą, że na początku choroby zmiany istnieją tylko w naskórku. *Milian* na zasadzie swego spostrzeżenia przychyla się do poglądu *Dariera*.

Leczenie choroby polega jednakże na zastosowaniu zabiegu operacyjnego.

Nowy argument na korzyść istnienia kiły wrodzonej pochodzącej od ojca. Golay *Ann. des malad. Vénér. N. 1. 1927.*

Autor stoi na stanowisku możliwości przeniesienia kiły na potomstwo — przez ojca. Wiemy, że ten pogląd jest obecnie porzucony i że od czasu prac *Matzenauera* uważamy, że kiła zostaje przeniesiona na potomstwo przez matkę, że zatem zdrowa kobieta nie może urodzić potomstwa kiłowego. Klinicznymi dowodami są dane statystyczne, które wykazują, że potomstwo kiłowe często pochodzi od zdrowego ojca, nigdy zaś od zdrowej matki. Z argumentów teoretycznych należy przytoczyć wzajemny stosunek krętka bladego i główki plemnika, jak wiadomo ta ostatnia jest mniejsza od krętka, wątpliwem dla tego też jest, czy może krętek być zaniesiony do jaja przez plemnik.

Golay sądzi jednakże, że ogólnie przyjęty pogląd nie jest wolny od zarzutów, możiiwem jest wszakże, że istnieją rozmaite postaci w cyklu rozwojowym krętka — być może postać niewidzialna, dlatego też możliwem jest, że plemnik może być nosicielem krętka.

Należy zwrócić uwagę na dosyć częsty fakt braku wszelkich objawów klinicznych u matek kiłowego potomstwa, matki te często mają odczyn Wassermana dodatni — a nie były nigdy nosicielkami objawów pierwotnych iub wtórnych, świadczy to, zdaniem *Golay*, o zakażeniu matki przez płód (!)

Również istnienie kiły wrodzonej w drugim i trzecim pokoleniu chce autor tłómaczyć możliwością zakażenia płodu przez ojca — bowiem w wielu przypadkach kiły 2-go i trzeciego pokolenia sprawa dotyczyła potomstwa męskiego.

Profilaktyka kiły wrodzonej. Dujol i Laurent. *Presse méd. N. 102 r. 1928.*

Każda kobieta w ciąży musi być dokładnie zbadana z punktu widzenia możliwości istnienia u niej kiły utajonej, dlatego też obok dokładnych wywiadów, należy przeprowadzić również i badania serologiczne krwi (odczyny Wassermana. Hechta, Verne).

Z pośród 2762 ciężarnych kobiet autorzy wykazali kiłę w 4.1%, po stwierdzeniu kiły — należy leczyć bardzo energicznie kładąc specjalny nacisk na arsenobenzole. Następujące liczby ilustrują potrzebę energicznego leczenia — z 563 kobiet kiłowych nie leczonych podczas ciąży potomstwo zostało przy życiu w 26%, natomiast z pośród 213 leczonych — 92%.

Dzieci z kiłą wrodzoną należy leczyć neosalvarsanem lub acetylarsanem.

Niebezpieczeństwo stosowania arsenobenzoli u osobników gruźliczych, chorych na kiłę. Mareland. *Bul. et. mém. de la soc. Méd. des Hôp. de Paris N. 11. 1928.*

Autor przytacza dwa przypadki w których stosowanie arsenobenzolu pogorszyło stan zdrowia chorych i spowodowało zejście śmiertelne. W pewnym przypadku u chore' z dodatnim odczynem Wassermanna zastosowano neosalvarsan z powodu zapalenia gardła o miejscowej etjologji, wstrzykiwania preparatu wywoływały podniesienie ciepłoty do 39°—40°, obostrzenie sprawy w szczytach płuc i zejście chorej po 3 miesiącach. Drugi przypadek o podobnym przebiegu dotyczył chorego z kiłą wrodzoną i zapaleniem opłucnej na tle gruźlicy. neosalvarsan wywołał silną ciepłotę, stan hektyczny i rozpadową gruźlicę płuc. U chorych na gruźlicę zdaniem autora unikać należy preparatów arszenikowych i stosować bizmut.

Postaci kliniczne i leczenie gonokokowych zapaleń stawów. Plisson. *Progrés medical Nr. 40 T. 55.*

Wewnętrzne i biologiczne metody leczenia tryprowych zapaleń stawów powinno się stosować jedynie w zapaleniach kilku stawów, lub gdy sprawa dotyczy drobnych trudno dostępnych stawów. W przypadkach zapalenia jednego dużego stawu należy stosować leczenie operacyjne i jako metodę pomocniczą można polecić wstrzykiwanie dostawowe surowicy. Zbyt późne uruchomienie stawu może być przyczyną niezadawalniających wyników przy stosowaniu nawet prawidłowych metod leczenia.

Stosowanie octanu talowego dla leczenia grzybic. Mouzon. *Presse méd. 1928 Nr. 31.*

Już w r. 1897 *Sabourand* stosował octan talowy w celu wywołania epilacji; metoda ta porzucona przez *Sabouraud* w r. 1917 została na szerszą skalę zastosowana przez portugalczyka *Cicero*.

Autor stosował octan talu w ilości 5 mlg. na kilo wagi u dzieci poniżej 4 lat i 7 mlg. na 1 kilo u starszych dzieci. Wypadanie włosów występowało 8—20 dni po zastosowaniu leku; po 4 tyg. rozpoczynał się porost nowych włosów.

U dzieci ponad 14 lat stosowanie talu jest niebezpieczne; ponowne podanie talu można polecić po upływie kilku miesięcy, środek ten wydziela się bowiem bardzo powoli.

Często występują bóle mięśniowe i kostne; czasem występują objawy podrażnienia nerek.

Autor sądzi, że stosowanie tego środka wskazane jest jedynie tam, gdzie nie jest możliwem przeprowadzenie leczenia prom. X.

Odporność nabłoniaków na promienie X. Belot. *Journal de radiol et d'electrol Nr. 2 1928.*

Na podstawie bogatego materjału (7000 przypadków) uważa autor, że radjo-odporność nabłoniaków jest rzeczą rzadką, przypadki takie są bardzo złośliwe i oporne również i na inne metody lecznicze. Często spotykamy radioodporność „wtórną" — powstałą po zastosowaniu pierwotnej niedostatecznej dawki. Nabłoniaki zakażone wtórnie są zazwyczaj złośliwe.

Obustronne porażenie nerwu twarzowego w przypadku wczesnej kiły. Bériel i Gaté. *Lyon méd. Nr. 17 r. 1928.*

U 34 letniego chorego stwierdzono objaw pierwotny na prąciu i rozpoczęto leczenie arsenobenzolem; chory otrzymał 03, 045 i 06 tego środka w 1-ym—5-ym i 9-ym dniu obserwacji; po tej ostatecznej dawce wystąpiły wymioty, zaburzenia żołądkowe i lekka żółtaczka; po 8 dniach wstrzyknięto jednakże choremu 0,75 neosalwarsanu. Po kilku dniach stan chorego pogorszył się — żółtaczka powiększyła się, wystąpiły bóle mięśniowe i osłabienie odruchów ścięgnistych. Jednocześnie spostrzeżono obustronne porażenie nerwu twarzowego. Autorzy zastosowali leczenie (dosyć ostrożne) rtęcią i bizmutem — chory otrzymał 12 inj. Hg. oxycyanatum i 12 inj. Jodo-Chinin-Bismutu; po 3 miesiącach porażenie nerwów twarzowych ustąpiło. Autorzy sądzą, że była to neurorecydywa kiłowa. *(Zdaje się, że termin „recydywa" jest niewłaściwy, bo chory znajdował się w okresie kiły czynnej. Ref.).*

Levy-Franckel i Juster. Badania nad mechanizmem powstawania łysienia plackowatego. *Ann. de derm. et de syph. N. 4. 1928.*

U większości chorych na łysienie plackowate spostrzec można zaburzenia w układzie dokrewnym i nerwowym współczulnym. Należy przypuszczać, że zaburzenia układu nerwowego i dokrewnego stoją w przyczynowym związku z występowaniem łysienia plackowatego; świadczy o tem 1) brak innych zaburzeń po za nerwowo - dokrewnemi; 2) pogarszanie się objawów łysienia plackowatego równolegle do stanu omawianych układów; 3) wyniki lecznicze bowiem leczenie wyciągami gruczołów dokrewnych specjalnie tarczycy, daje wyniki dobre; 4) dane doświadczalne uzyskane przez *Vulpiano. André Thomsa. Villareta* i innych (przecięcie nerwów współczulnych).

Należy zwrócić uwagę na skurcz naczyń w obrębie schorzałego ogniska, jest to objaw stały, któremu często towarzyszą zaburzenia nerwowe i dokrewne. Można dla tego też odróżniać dwie postaci łysienia plackowatego: a) postać naczyniową, b) postać naczyniową i jednocześnie nerwową. Istotną przyczyną w każdym przypadku są zaburzenia w gruczołach dokrewnych. Niewątpliwie nie należy zbytnio schematyzować, bo prócz nerwowych i dokrewnych wpływów wywołujących omawiany skurcz naczyń w obrębie schorzałego ogniska, może również istnieć i zapalenie drobnych naczyń.

Łysienia plackowate po urazie. Moutier i Legrain. *Ann. de derm. et de syph N. 4. 1928.*

Żadna z teorji wyjaśniających pochodzenie łysienia plackowatego nie zyskała ogólnego uznania, bowiem wszystkie te teorje dotyczą niewielkiej ilości przypadków i nie są w stanie wyjaśnić mechanizmu choroby w wielu innych przypadkach; dotyczy to nap. teorji pasorzytniczej lub nerwowej. Autorzy zajmują się w swojej pracy tymi przypadkami łysienia plackowatego, które występują po urazach; przytaczają oni trzy własne przypadki i 41 przypadek innych autorów.

Autorowie wprowadzają następujący podział tych przypadków: liczne ogniska na głowie i twarzy — 18 przyp.; pojedyńcze ognisko — 9 p,; łysienie całej skóry głowy — 3 przyp.; łysienie skóry głowy oraz brak włosów na tułowiu 7 przyp.; łysienie po stronie przeciwnej urazowi — 4 przyp. Czas występowania łysienia po urazie wahał się bardzo znacznie, najczęściej łysienie występowało w pierwszym miesiącu po urazie, czasem jednak w pierwszym tygodniu, w niektórych przypadkach zaś po 3 (!!) latach po urazie. Związku pomiędzy miejscem urazu i pierwotnego ogniska nie spostrzeżono. W 27 przypadkach chorobie towarzyszyły mniej lub więcej ciężkie objawy nerwowe.

Na podstawie rozpatrzonego materjału trudno urobić zdanie o mechanizmie i przyczynach powstawania „łysienia pourazowego".

O usposobieniu do półpaśćca u kiłowych. Lhermitte i Kyriaco. *Rev. de neurol. 92. Nr. 4.*

Head i *Campbell* przypisują pewne znaczenie kile, jako czynnikowi wywołującemu usposobienie po półpaśćca. Wedle zdania *Lhermitte* i *Kyriaco* istotnie tego rodzaju usposobienie istnieje, bo z pośród 33 chorych na półpasiec u 24 stwierdzono drogą wywiadów poprzednie zakażenie kiłowe.

O „wypryskach" pasorzytniczych. Sabouraud. *Presse méd. 1928, N 36.*

Sabouraud opisuje trzy typy schorzeń skóry głowy i twarzy, które najczęściej uchodzą za wyprysk, a w rzeczywistości są wywołane przez pasorzyty: 1) wyprysk łojotokowy (eczema seborrhoicum), kliniczny ten typ jest znany dzięki pracom *Unny*, który również zaliczał to schorzenie do pasorytniczych schorzeń skóry. *Sabouraud* nazywał w swoich dawniejszych pracach ten typ kliniczny wyprysku —

„pityriasis steatoide eczematisé“, obecnie zaś określa nazwą „morococcides eczematiformes“. Schorzenie to wywołane jest przez t. zw. „spore de *Mallassez*“. bacille bouteilee — Flaschenbacillus *Unny*, obok tych bakterji znaleść można również „banalne“ ziarniaki (Coccus ureae, cutis communis, butyricus, polimorphus, albus i t. d.).

2) wyprzanie w otoczeniu małżowiny usznej (intertrigo retro — auriculaire) — bakterjologiczną przyczyną tego schorzenia zdaniem *Sabourauda* są streptokoki. Schorzenie to często jest punktem wyjściowym dla pospolitego liszajca, lub jego pozostałością.

3) „acne necrotique miliaire“— wywołane przez stafilokoki — słuszną jest dlatego też nazwa „staphylococcides eczématiformes“. Schorzenie należące do pierwszej z wyliczonych grup występuje zazwyczaj w okresie dojrzewania płciowego; należy polecić stosowanie następującej maści: Sulf. ppti 1.0, ol. cadini, Vasel., lanofini aa 10.0. Wyprzania za uchem występują u chorych w rozmaitym wieku, częściej jednak u anemicznych kobiet; obok leczenia ogólnego stosować można okłady z płynu Aliboura pendzlowanie alkoholem jodowanym (1:100) jeden raz dziennie, wieczorem zaś — ol. picis, Lanolini aa 5 0. Vasel. 20.0 Zinci oxyd. 3.0.

3) spostrzega się najczęściej u otyłych mężczyzn zbyt obficie jedzących i nadużywających alkoholu. Leczenie. Sulf. ppti, Hydr. fl. oxyd, Resorc. Hydrochinoni aa 1.0, Vasel. 30. Djeta, hygjena.

M. Grzybowski.

BAKTERJOLOGJA.

Dur powrotny, przenoszony przez kleszcze i wszy. Badania nad durem powrotnym hiszpańskim. Charles Nicolle i Charles Anderson. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis 1926, 15. 197.*

Dury powrotne dzielimy na 2 grupy: 1) przenoszone przez kleszcze, dur powrotny Afryki Środkowej, 2) przenoszone przez wszy, dur powrotny światowy.

Sadi de Buen na początku 1926 r. opisał nową postać duru powrotnego, który wywołał epidemję na południu Hiszpanji. Choroba ta rozpowszechniała się podczas upałów, nie udzielając się najbliższemu otoczeniu. U chorych wszy najczęściej nie znajdywano. Wszystko wskazywało, że przenosicielami tego duru powrotnego są kleszcze. Doświadczenia na zwierzętach laboratoryjnych potwierdziły pierwotne przypuszczenie. *Ornithodorus moubata*, karmiony na ludziach chorych, zakaża zwierzęta doświadczalne tak samo, jak or. moub, zakażony naturalnie, zebrany w chlewniach. Próby przenoszenia krętków duru hiszpańskiego przez wszy *Sadi de Buen'owi* nie udały się.

Nicolle i Anderson podjęli doświadczenia *Sadi de Buena*. Okazało się, że wszy karmione na małpach zakażonych krętkami duru powrotnego hiszpańskiego po upływie 7—9 dni stają się zakaźne dla małp. Wszy, roztarte i wstrzyknięte pod skórę, wywołują u małp chorobę typową z gorączka i krętkami we krwi. Pomimo to jednak we wszach, badanych w różnych okresach czasu, nie udało się wykryć krętków widocznych w ultramikroskopie.

Krętki, które przenikają do jelita wszy wraz z krwią zwierzęcia zakażonego, znikają po paru godzinach, W durze powrotnym europejskim zazwyczej po 6—8 dniach odnajdujemy je we krwi wszy. W durze powrot. hiszpańskim nie są one dostatecznie dostosowane do ustroju wszy, rozmnażają się w niej, ale zachowują zawsze postać niewidoczną.

A więc dur pow. hiszpański, przenoszony przez kleszcze, może być również przenoszony przez wszy, zajmuje on więc pośrednie miejsce pomiędzy durem powrotnym, przenoszonym przez kleszcze, a durem pow. przenoszonym przez wszy. Jeżeli d. p. hiszpański podczas epidemji obserwowanej przez *Sadi de Buena* nie przenosił się przez wszy, to tylko dlatego, że pasożytów tych w danej miejscowości było mało. Gdyby choroba przeniknęła do warstw ludności, wśród której wesz pasożytuje stale, zmieniłaby ona swą postać — z choroby endemicznej, związanej z glebą, w której żyje kleszcz, stałaby się chorobą, szerzącą się epidemicznie, jak d. p. europejski.

Pochodzenie durów pierwotnych. Charles Nicolle i Charles Anderson *Bul. Institut Pasteur, 1927 — 25.*

Dotychczas powszechnie panowała opinja, że pomiędzy krętkami durów powrotnych, przenoszonych przez kleszcze, a krętkami duru powrotnego europejskiego, przenoszonego przez wszy, niema związku genetycznego. Niektóre obserwacje epidemjologiczne oddawna nasuwały autorom pewne wątpliwości w tym względzie. Badania nad durem powrotnym hiszpańskim, który, jak się okazało. może być przenoszony nietylko przez kleszcze lecz i przez wszy, dały realne podstawy luźnym przypuszczeniom, co do pochodzenia durów powrotnych.

Autor sądzi, że wszystkie dury powrotne mają jedne pochodzenie. Początkowo była to choroba drobnych gryzoni, przenoszona przez stale pasożytujące na nich kleszcze. W tym stanie znajduje się dziś jeszcze. 1) dur powrotny spowodowany przez krętki zwane spirocheta normandi, znalezione w Tunisie przez *Nicolle'a i Andersona* u kleszczy, żyjących w chlewniach, opuszczonych od szeregu lat, 2) oraz znaleziony przez *Mathisa* w Dakarze u dzikich gryzoni—krętek zwany spirochetes de la Musaraigina, nieznany dotychczas u ludzi. Jak wykazały badania *Nicolle'a* zakażenie krętkami tymi daje u człowieka chorobę gorączkową z nawrotami, ale bez krętków we krwi. Zjadliwość dla zwierząt doświadczalnych, oraz badania nad odpornością krzyżową, wskazują na blizkie pokrewieństwo tych krętków z krętkami duru powrotnego *Duttona*.

Z pośród durów powrotnych, znanych u ludzi, najdalszą ewolucję przeszedł dur powrotny europejski.

Ponieważ dur powrotny poznaliśmy dopiero z epidemij grasujących wśród ludzi początkowo przypisywano człowiekowi główną rolę w podtrzymywaniu tego zarazka. Okazuje się jednak, że w durach powrotnych, przenoszonych przez kleszcze człowiek jest tylko przypadkową ofiarą. Kleszcz nie jest stałym pasożytem człowieka, gryzie go tylko w warunkach wyjątkowych, gdy człowiek mieszka w chlewni. Wobec tego w podtrzymywaniu i rozpowszechnianiu zarazka człowiek nie odgrywa żadnej roli. W tym stanie dur powrotny jest ściśle związany z glebą w której żyją kleszcze' żywiąc się w pierwszym okresie życia krwią drobnych gryzoni, później krwią świń. Ponieważ świnie nie są wrażliwe na krętki, przypuszczać więc należy, że zwierzęta te w cyklu życiowym krętków roli nie odgrywają.

Stałym pasożytem człowieka, żyjącego w niehygjenicznych warunkach jest wesz. Kłójąc człowieka zakażonego krętkami wesz ulega również zakażeniu. Dostosowanie się krętków do nowego gospodarza nie mogło być odrazu zupełne. W tym stanie znajdują się obecnie krętki duru powrotnego hiszpańskiego, przenoszone w warunkach normalnych przez kleszcze. Doświadczenia *Nicolle'a* wykazały, że wszy mogą również przenosić te krętki, pozostają one jednak w ustroju tych pasożytów w stanie niewidzialnym nie dorastając do postaci dojrzałych—krętków.

Jest to stan przejściowy do tego, w którym się znajdują krętki duru powrotnego, europejskiego, w zupełności dostosowane do ustroju wszy. Wskutek tego dur powrotny europejski przyjmuje charakter zupełnie odrębny pod względem epidemjologicznym od durów powrotnych, przenoszonych przez kleszcze.

Powrót do stanu dawnego prawdopodobnie nie jest łatwym. Próby przenoszenia krętków duru powrotnego europejskiego przez kleszcze dotychczas nie udawały się. Nie można jednak wykluczyć, że zjawisko, które miało miejsce po raz pierwszy przed kilku wiekami, nie może się znowu powtórzyć. Wręcz przeciwnie świadczy o tem przykład duru powrotnego hiszpańskiego, który niewątpliwie w odpowiednich warunkach życiowych może zmienić swą postać. Przemawiają za tem również obserwacje epidemjologiczne, dotyczące powstawania w Afryce epidemji, spowodowanych przez krętki *Obermeyera* zawsze w tych samych miejscowościach podzwrotnikowych, obfitujących w kleszcze.

Badania porównawcze nad zarazkami durów powrotnych. Charles Nicolle i Charles Anderson. (*Arch. Institut Pasteur, 1927, 16, 125*).

W 1926 r. autorzy znaleźli, że dur powrotny hiszpański opisany przez *Sadi dè Buen'a.* przenoszony zazwyczaj przez kleszcze, może się udzielać również przez wszy. W ten sposób dur powrotny hiszpański zajął miejsce pośrednie pomiędzy durem p, europejskim, przenoszonym przez wszy, a durami powrotnemi, których przenosicielami są wyłącznie kleszcze.

W pracy niniejszej podane są wyniki badań porównawczych nad własnościami chorobotwórczemi krętków i odpornością w rozmaitych durach powrotnych, a mianowicie: dur. p. hiszpańskim, durze p. Duttona, durze p. wywołanym przez krętki de la Musaraigne (*Mathis*) i durze p. europejskim.

Żadnych różnic morfologicznych między krętkami tych 4-ech typów nie zauważono. Drogą zakażenia dla wszystkich zarówno mogą być: skóra, tkanka podskórna, otrzewna, spojówka cka. Przez wprowadzenie zarazków do spojówki ocznej udaje się wywołać przebieg duru p. najwięcej zbliżony do choroby naturalnej. Mocz zwierząt zakażonych zarazka nie zawiera.

Okres wylęgania choroby zależy od ilości zarazka, użytej do zakażenia, oraz od drogi zakavenia. Większe dawki wprowadzonej pod skórę lub do otrzewny powodują bardzo wczesne ukazanie się krętków w krwiobiegu i dużą ich ilość. Liczba nawrotów jest odwrotnie proporcjonalną do dawki, użytej do zakażenia. Im mniej zarazka użyto do zakażenia, tem więcej nawrotów daje choroba.

Dla myszy i szczurów najzjadliwszy dur jest, p. Duttona, który najczęściej kończy się śmiercią pod koniec pierwszego napadu. Mniej zjadliwym jest dur p. de la Museraigne, najłagodniejszym okazał się dur p. hiszpański, który nigdy zwierząt nie zabija. Zakażenie daje nawroty, podczas których we krwi znajdują się krętki. Choroba przebiega u zwierząt bezgorączkowo.

W przerwach pomiędzy nawrotami krew zwierząt pomimo braku krętków jest zakaźna. Po ostatnim nawrocie zakaźność krwi można wykazać w ciągu 10 dni. Zakażenie trwa około 30 — 36 dni.

Zwierzęta doświadczalne są mniej wrażliwe na zarazek duru p. europejskiego. Aby zakażenie wywołać, trzeba użyć większych dawek zarazka, choroba daje jeden napad, który trwa 1 — 4 dni.

U świnek morskich tylko dur p. hiszpański daje typowy przebieg choroby o 3 — 4 nawrotach, podczas których we krwi znajdują się krętki w znacznej ilości. Dur p. „de la Museraigne' *Duttona* i europejski wywołują u świnek zakażenie bardzo łagodne, przyczem kretki znajdują się we krwi nie stale i w małej ilości, Krew jest tak samo zakaźną do 30—40 dnia od chwili zakażenia.

U królików wszystkie dury p. dają zakażenie ledwo dostrzegalne. Badanie krwi wykrywa od czasu do czasu parę krętków.

U małp dur p. hiszpański de la Museraigene i *Duttona* przebiega mniej więcej jednakowo, dając 2—3 napady. Dur p. europejski daje zazwyczaj tylko 1 napad.

U człowieka doświadczalne zakażenie krętkami duru p. hiszpańskiego daje typowy przebieg z nawrotami. Zakażenie krętkami de la Museraigne też wywołuje napady gorączkowe, lecz badanie krwi nigdy krętków nie wykazuje.

Na zasadzie tych badań autorzy dzielą dur p. na trzy grupy. Do pierwszej należą: zarazek *Duttona* i de la Museraigne: jednakowy przebieg z nawrotami u szczurów i myszy, nieznaczne zakażenie u świnek i u królików, choroba z nawrotami u człowieka. Różnica pomiędzy nimi polega jedynie na większej zjadliwości duru p. *Duttona*.

Dur powrotny hiszpański różni się od innych swą zjadliwością dla świnek morskich, u których wywołuje, jak u myszy i szczurów typową chorobę.

Dur p. europejski stoi zdala od poprzednich Zakażenie doświadczalne zwierząt jest łagodne i daje tylko I napad. Ztąd pewna trudność w otrzymywaniu zarazka u zwierząt laboratoryjnych.

Dur p. hiszpański, „de la Musaraigne" i *Duttona* pozostawia w zwierzętach doświadczalnych odporność, trwająca około 3 miesięcy, niezależną od nasilenia choroby i skierowaną przeciwko tymże krętkom. Odporność krzyżowa pomiędzy durem p. hiszpańskim, a zarazkami durów powrotnych de la Musaraigne i *Duttonà* nie istnieje. Natomiast pokrewieństwo pomiędzy krętkami „de la Museraigne" a *Duttona* występuje wyraźnie w próbach odporności krzyżowej.

Kleszcze przenoszą krętki duru p. drogą naturalną przez ukąszenie, wszy zaś tylko w warunkach wyjątkowych przez wcieranie do skóry zadraśnięte krwi ze wszy rozgniecionej — stąd wniosek, że w naturze rezerwoarem zarazka mogą być tylko kleszcze. Kleszcze przenoszące dury p. znajdujemy w chlewniach. Świnie są niewrażliwe na krętki duru p natomiast szczury i myszy, których w chlewniace zawsze jest dużo, są bardzo wrażliwe na zakażenie krętkami. Sądzić zatem należy, że zarazek przechowuje się w drobnych gryzoniach; które zakażają

się za pośrednictwem kleszczy w pierwszych stadach ich rozwoju. Człowiek w tym cyklu nie graadnej roli i zakaża się tylko przypadkowo. Świnie. tóre służą za pokarm dla kleszczy dorosłych są' iewrażliwe na zarazek duru powrotnego i w przeoszeniu i podtrzymywaniu krętków również żadnej oli swoistej nie odgrywają.

A więc kleszcze, gryzonie i krętki są ze sobą ściśle związane. Człowiek, tak samo jak i wesz są tutaj intruzami.

Przypuszczać należy, że krętki duru powrotnego europejskiego były również przenoszone kiedyś w przyrodzie przez kleszcze na gryzonie. W jakimś momencie odszczepiły się od tego cyklu, aby uzależnić swoje istnienie od dwuch innych stworzeń człowieka i wszy.

Uwagę zwrócić należy na pokrewieństwo krętków duru p. Duttona z krętkami „de la Musaraigne" otrzymanymi od zwierząt odmiennych w miejscowościach od siebie oddalonych. Wskazuje to na konieczność uogólnienia pojęcia o cyklu rozwojowym krętków durów p., przenoszonych przez kleszcze.

H. Sparrow.

B I B L J O G R A F J A.

Auguste Lumière. La vie, la maladie et la mort: *Nakładem Masson et Co. 544 str. Cena 45 franków fr.*

Dzieło powyższe, poruszające jak widać już z tytułu najgłębsze zagadnienia nurtujące umysł ludzki, jest jakby podsumowaniem długiego szeregu wieloletnich badań autora nad kolloidami. Badania te, w znacznej swej części już ogłoszone w swoim czasie drukiem, przyczem wiele z nich przedstawione były Akademji Lekarskiej, poruszały, lub rozwiązywały poszczególne zagadnienia chemji i fizyki kolloidów. Obecnie mamy zestawienie osiągniętych danych w postaci książki. Myliłby się jednak ten, ktoby myślał, że jest to tylko suche zestawienie przeznaczone dla specjalistów i tylko ich interesujące. Autor zwraca się do ogółu lekarzy, co więcej do wszystkich myślących i wykształconych ludzi, podając swoje poglądy na istotę najgłówniejszych przejawów życiowych. Wychodzi on z założenia, że wszystkie płyny tkankowe, zarodź, wszystko, co jest związane z życiem, posiada budowę kolloidową, wobec czego wniosek, iż stan kolloidowy jest niezbędnym warunkiem wszelkich przejawów życiowych nasuwa się sam przez się. Kolloidy nie są trwałe, ulegają one zczasem zmianom, cząsteczki ich stają się większe i zawiesina strąca się, występuje kłaczkowacenie, dowód zestarzenia się kolloidów. Otóż właśnie owe strącanie, kłaczkowacenie powoduje zmiany chorobowe i wreszcie śmierć.

W części pierwszej swego dzieła zaznajamia autor nas ze stanem nauki współczesnej o kolloidach wogóle i o panujących tu poglądach. Czyni to jednak tak przystępnie, przedstawia zawiłe problematy tak jasno, i rzec można elegancko, że czytelnik nieobznajmiony głębiej z przedmiotem nie przypuszcza nawet, jak w rzeczywistości złożone i skomplikowane są zagadnienia, któremi operuje autor. Po wprowadzeniu czytelnika do dziedziny kolloidów przystępuje autor do rozwijania swego naczelnego tematu, o którym wspominaliśmy powyżej. Porusza tu i tłumaczy w sposób wysoce oryginalny, a jednocześnie logiczny i przejrzysty taką mnogość zjawisk, iż trudno je tu wyliczyć. Przytoczymy tylko dla przykładu, że rozważa on tu takie sprawy, jak istotę najróżniejszych wstrząsów, zagadnienia odporności nabytej i wrodzonej, uczulenia i odczulenie, choroby posurowicze, odczyny skórne i t. p., zatrzymuje się również na całym szeregu spraw czysto lekarskich, jak istota chorób zakaźnych, czas wylęgania ostrych chorób zakaźnych, proteinoterapja, wpływ promieni Roentgena i radu, schorzenia z przeziębienia, wymioty ciężarnych, choroba morska i wiele innych, których niepodobna tu wszystkich wyliczać.

Zgodnie z swą myślą przewodnią wykazuje autor, że śmierć jest nieuniknionym wynikiem zmian kolloidowych ustroju, potrąca też o takie zagadnienia, jak rzekoma nieśmiertelność tworów jednokomórkowych, komórek nowotworowych, komórek płciowych i t. d.

Niepodobna oczywiście w ramach krótkiej wzmianki przedstawić choćby ogólnikowo nader bogatą treść książki, zaznaczyć jednak warto, że nadzwyczaj jasny, a jednocześnie żywy i zajmujący styl i ogromna przejrzystość wewnętrznej struktury, wraz z ścisłą logicznością teorji autora sprawia, że dzieło czyta się nietylko z zaciekawieniem, ale i przyjemnością. Przemawia do nas nietylko uczony, ale

i filozof, umysł, który nie zatracił w powodzi badania drobnych faktów zdolności do ich wiązania przyczynowego i do zbudowania z tych poszczególnych cegiełek gmachu o imponujących wymiarach, sięgającego do najgłębszych i najstotniejszych zagadnień.

Dzieło *Lumiera* nie tylko podaje nam moc wiadomości w ponętnej formie, czyni ono o wiele więcej, zmusza ono do zastanowienia się, do przemyślenia tych wielu zagadnień, które porusza. Daje ono nam materjał myślowy, pobudza do rozumowania wielkiemi kategorjami biologicznemi, co zwłaszcza dla nas lekarzy jest przypomnieniem koniecznem. Nie jest też to książka do jednorazowego przeczytania, którą się potem odkłada na stronę; odwrotnie bierzemy ją chętnie ponownie do rąk, gdyż skłania ona nas do dalszego zastanowienia się nad tematami i przy każdem ponownem przeczytaniu odnajdujemy w niej nowe myśli i nową treść,.

Deron R. Le syndrome maniaque. *Str. V + 359 G. Doin & Cie. Paryż 1928.*

Ze wszystkich działów medycyny francuskiej najwięcej niespodzianek dla polskiego czytelnika kryje w sobie psychjatrja kliniczna. Francuska szkoła psychjatryczna rozwijała się przez czas dłuższy w atmosferze całkowitej niemal izolacji od kierunków zagranicznych, a i dzisiaj utrzymuje się na wielu oddziałach klinicznych w swej nieskażonej postaci. *Deron*, uczeń *Seglasa*, jest typowym przedstawicielem tej szkoły, która ogranicza się prawie wyłącznie do kierunku badań semiotyczno-klinicznego, pozostawiając poza sferą zainteresowań patogenezę wzgl. psychogenezę zaburzeń duchowych. W omawianej tutaj książce tem jaskrawiej to podejście do przedmiotu uwydatnić się musi, że stanowi ona monografję z cyklu „*Bibliotheque des grands syndromes*“ *Rogera*, i że punkt widzenia symptomatologiczny zawarty już jest a priori w jej charakterze. Ale i w treści swej czterystostronicowej pracy pozostaje *Deron* ściśle kontynuatorem idei *Morela*, *Magnan'a* i t. p., rozpatrując inne koncepcje (np. kraepelinowską) tylko poto, aby wykazać ich semiotyczną niedoskonałość i conajwyżej wyławiając takie szczegóły opisów, które nawiązują do zaobserwowanych przez niego zjawisk. Książka składa się z dziesięciu rozdziałów, w których pierwszy tyczy się definicji zespołu manjakalnego, trzy następne traktują o zaburzeniach psychicznych w dziedzinie: 1) poziomu umysłowego, 2) psychizmów elementarnych (podstawowych) i 3) zastosowania psychiki do rzeczywistości. Następnie rozpatrywane są objawy somatyczne, spotykane u chorych manjakalnych. Bardzo interesującym jest rozdział, tyczący się obrazów klinicznych, gdzie autor wyróżnia 12 oddzielnych postaci, zależnych z jednej strony od nasilenia zespołu w całości, z drugiej od prewalencji tego czy innego objawu składowego, wreszcie od wieku i podłoża.

Charakterystycznem jest przytem, że poświęcając niektórym mało znanym postaciom psychozy manjakalnej po kilkanaście stronic, autor załatwia się zaledwie w paru wierszach z tak interesującą koncepcją i pojęciem cyklothymji.

Następny rozdział omawia prognozę. Najciekawsze bodaj są ostatnie dwa rozdziały. W pierwszym z nich *Deron* ustosunkowuje sie do koncepcji psychozy manjakalno - depresyjnej Kraepelina i postaci mieszanych, przychodząc do odrzucenia jej dla wniosku raczej o charakterze negatywnym, że „manja winna być ujmowana jako zespół o nieznanej etjologji i anatomji patologicznej (o psychogenezie — ani słowa!), której symptomatologja posiada granice szersze, niż to się przyjmuje przez klasyków i której obrazy kliniczne, stany manjakalne, są różnorodne i mają przebieg niezawsze pomyślny, wbrew dawnym poglądom“. (Str. 295). Natomiast diagnostyka różniczkowa, przeprowadzona jest w sposób pierwszorzędny i, oparta na materjale klinicznym doskonale przez autora zbadanym, może służyć za wzór dokładności. Już dla tego jednego rozdziału warto przeczytać książkę *Derona*, która, mimo swej jednostronności, zainteresować poza tem musi lekarza polskiego i ze względu na swój reprezentacyjny charakter.

Stb.

K R O N I K A.

Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. w obecnym roku akademickim rozpocznie się dnia 14.III 1929 roku i będzie trwał do 23.III tegoż roku. Bliższe informacje będą niebawem ogłoszone.

* * *

Staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wyszedł z druku Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za lata 1917 — 1921.

Pojedyńcze egzemplarze w cenie zł. 15 są do nabycia w Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — Niecała 7, w Warszawie.

Wobec ograniczonej liczby egzemplarzy, uprasza o jak najwcześniejsze zgłaszanie się do Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE niniejszym podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach, któremi rozporządza w roku 1928.

a) Nagrody:

I. Fundusz nagrodowy im. ś. p. Dra Henryka Dobrzyckiego.

Nagroda w wysokości **złotych 343** za pracę oryginalną, napisaną w języku polskim, z zakresu balneologji, balneoterapji i klimatologji, uwzględniająca potrzeby kraju naszego t. j. Polski w jej dawnych z przed roku 1772 granicach, przedstawiona Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu w rękopisie, lub ogłoszona drukiem w latach od 1918 do 1928.

II. Fundusz nagrodowy im. Dra Mieczysława Halperna.

Nagroda w wysokości **złotych 450** za najlepszą pracę, napisaną w języku polskim i przedstawioną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu z dziedziny przemiany materji lub innej gałęzi medycyny teoretycznej.

III. Fundusz nagrodowy (wspólny) z zapisów Helbicha, Hejmana i Karwackiego.

Nagroda w wysokości **złotych 248 gr. 87** dla lekarza Polaka, bez różnicy wyznania, za najlepszą oryginalną pracę z dziedziny chorób ucha, nosa, gardła lub krtani, napisaną lub wydrukowaną w języku polskim.

IV. Fundusz nagrodowy im. Dra medycyny i chirurgji Leona Konica.

Nagroda w wysokości **złotych 670** za oryginalną pracę w języku polskim, poświęconą chorobom kobiecym i akuszerji, ogłoszoną drukiem w książce oddzielnej, w czasopismach lekarskich, lub w rękopisie złożoną Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu. Przedmiotem pracy mogą być tak klinicznie, jak laboratoryjne badania ze wzmiankowanych specjalności, a także podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle.

Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Zakaz ten odnosi się także do prac, które, pomimo wartości swej co do treści, będą zredagowane nieodpowiednio, bądź pod względem stylu, bądź pod względem terminologji polskiej.

V. Fundusz nagrodowy im. ś. p. Dra W. Męczkowskiego.

Nagroda w wysokości **złotych 150** za pracę z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce, napisaną lub wydrukowaną w języku polskim.

VI. Fundusz nagrodowy im. Dra Romualda Pląskowskiego.

Nagroda w wysokości **złotych 130** za najlepszą pracę z dziedziny psychiatrji bądź wydrukowaną, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu przedstawioną.

VII. Fundusz nagrodowy im. Dra Mikołaja Rejchmana.

Nagroda w wysokości **złotych 360** za najlepszą oryginalną pracę, niezależnie od wielkości tejże, z dziedziny gastrologji (badania i spostrzeżenia nad stanem prawidłowym i chorobnym organów trawienia, wpływ chorób organów trawienia na inne organy i soki ustroju, wpływ chorób innych organów trawienia na inne organy i soki ustroju, wpływ chorób innych organów i soków ustroju na stan organów trawienia) napisaną po polsku, nadesłaną Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu w rękopisie, lub wydrukowaną w latach 1926—1928.

VIII. Fundusz nagrodowy im. Dra Mikołaja Rejchmana, dla lekarza wojska polskiego.

Nagroda w wysokości **złotych 360** dla lekarza wojska polskiego, który w ciągu 5-letniego premjowego okresu (r. 1924—1928) okaże największą umiejętność i troskliwość w leczeniu żołnierzy opiece jego oddanych.

Kandydat, odpowiadający powyższym warunkom, wybrany będzie przez Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w porozumieniu z Dep. Sanit. Min. Spr. Wojskowych.

Kandydaci, ubiegający się o powyższe nagrody, powinni złożyć podania ze szczegółowym opisem biegu życia wraz z dokumentami w Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Niecała 7— na ręce Sekretarza Stałego, najpóźniej do dnia 31 stycznia roku 1929.

b) Zapomogi i stypendja.

I. Fundusz im. Dra med. Stanisława Kopcia.

Zapomoga w wysokości **złotych 500** dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studja naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę niedawniej, jak przed 3-ma laty, i nie mniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Zapomoga wypłaca się w 2-ch ratach półrocznych z góry, a otrzymanie raty 2-giej zależy od tego, czy kandydat w ciągu pierwszego półrocza studjów pracował z pożytkiem naukowo w zakresie przez siebie wybranym.

Po odbytych studjach kandydat powinien złożyć treściwe sprawozdanie z wyniku studjów.

II. Fundusz stypendjalny im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy.

Stypendjum w wysokości **złotych 720** na pomoc naukową dla Polaka pracującego tak w kraju, jak i zagranicą, na polu biologji i medycyny doświadczalnej.

III. Fundusz z darowizny Dra med. Alfreda Sokołowskiego.

Zapomoga w wysokości **złotych 540** na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego jednej z osób, wymienionych poniżej, dotkniętej poczynającą się gruźlicą, której stan pozwala rokować wyleczenie, a przynajmniej odzyskanie sprawności zawodowej.

Do zapomogi mają prawo przedewszystkiem lekarze w ciągu lat 10-ciu po ukończeniu uniwersytetu, a między nimi pierwszeństwo przysługuje asystentom szpitali cywilnych warszawskich. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi mogą korzystać inni lekarze, również i studenci medycyny z 2-ch ostatnich kursów bez różnicy uniwersytetu, wszyscy, tak lekarze jak studenci, bez różnicy wyznania i płci.

Zapomoga przyznana służy na opłatę bezpośrednio przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie należności za leczenie w sanatorjum, przedewszystkiem w Rudce, według uznania Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Zapomoga ma charakter warunkowo zwrotny.

IV. Fundusz stypedjalny im. ś. p. Dra Wacława Wesołowskiego.

Stypedjum w wysokości **złotych 900** przeznaczone jest dla Polaka, wyznania rzym. katol., jako pomoc na pracę naukową lekarską teoretyczną i kliniczną. Prace wynagradzane lub wydawane, muszą być ogłaszane bezwarunkowo w języku polskim, w polskim języku podawane Towarzystwu i drukowane.

Do podań o stypendja im. Kopcia, Sieragowskich i Wesołowskiego dołączyć należy:

1) curriculum vitae,
2) bieg studjów dotychczasowych,
3) zaświadczenie od przełożonych instytucji, w których kandydat pracował,
4) ewentualnie odbitki prac dotychczasowych, ogłoszonych drukiem,
5) skreślenie kierunku, w jakim kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować.

Kandydaci ubiegający się o powyższe zapomogi i stypendja, powinni złożyć podanie ze szczegółowym opisem biegu życia wraz z załącznikami do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Niecała 7—na ręce Sekretarza Stałego, najpóźniej do dnia 31 grudnia roku 1928.

* * *

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

niniejszym ogłasza trzy nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „Motor“ Sp. Akc. Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne w poczuciu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, zródłem i sprawdzianem dalszych poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej.

Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała 7) do dnia 31 marca 1930 r. godziny 12-ej w południe.

Pierwsza nagroda konkursowa wynosi **zł. 3.000** dwie inne po **zł. 1.000** każda.

W razie zakwalifikowania do nagrody mniej, niż 3 prac, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększania wysokości przyznanych nagród.

Komitet konkursowy składa się z 2 członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd tego Towarzystwa, z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których należą prace złożone, oraz z wice-prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może odnosić się do innych członków Towarzystwa dla pozyskania w razie potrzeby opinji o pracach, do konkursu złożonych.

Autorowie prac, złożonych do konsursu, członkami Komitetu być nie mogą. Również nie mogą wchodzić w skład Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano.

Na ocenę prac wyznacza się termin trzymiesięczny, przyczem sposób oceny zależy od uznania Komitetu.

Przeszkodą dla otrzymania nagrody nie będzie ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie.

Ostateczne przyznanie nagród przez Komitet odbywa się przez balotowanie tajne większością głosów, przyczem balotowanie odbywa się odrazu nad w zystkiemi pracami, nadesłanemi do konkursu.

O przyznaniu nagród Komitet zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na najbliższem posiedzeniu Zarządu Towarzystwa i posiedzeniu klinicznem, z jednoczesnem podaniem prac złożonych na konkurs, oraz Zarząd Towarzystwa „Motor“

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

*Zawiera w stanie **biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

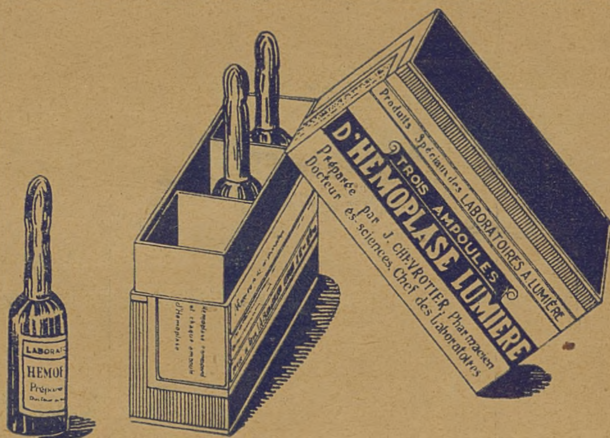
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp.) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc. (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLAS GRANULEÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1 — 3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3 — 4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwgonokokowa wieloważna, stosowana „per os."

NAJDOGODNIEJSZA I NAJNOWSZA METODA SWOISTEGO LECZENIA **RZEŻĄCZKI** DROGĄ DOUSTNĄ.



Dawkowanie:
4 pigułki dziennie: 2 rano, 2 wieczorem na godz. przed jedz.

1 FLAKON ZAWIERA 37 PIGUŁEK KERATYNOWANYCH.

WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA (OKRESÓW PRZEWLEKŁEGO I OSTREGO), ORAZ WSZYSTKIE SCHORZENIA I POWIKŁANIA NA JEJ TLE, ZARÓWNO U **MĘŻCZYZN** JAK I U **KOBIET**.

(ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ, PĘCHERZA, JĄDER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIERDZIA) I.T.P.

RHÉANTINE LUMIÈRE DAJE ZAWSZE NIEZAWODNE WYNIKI, NIE POWODUJĄC NAJMNIEJSZEGO ODCZYNU, ANI MIEJSCOWEGO, ANI OGÓLNEGO.

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski"
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42 — Próby i literatura na żądanie WP.P. Lekarzy

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU